

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO CURATIVO A VÁCUO

PRESTADOR: _____

BENEFICIÁRIO: _____

CARTÃO: _____

IDADE: _____

DIAGNÓSTICO DE BASE: _____

HISTÓRIA CLÍNICA:

DESCRIÇÃO DA FERIDA (tipo de lesão, tempo de evolução, tamanho da ferida: vertical, horizontal e profundidade, volume e características do exsudato):

UTILIZADO OUTRAS OPÇÕES DE CURATIVO ANTERIORMENTE? QUAIS?

JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO DO CURATIVO DE PRESSÃO NEGATIVA:

PLANO DE TRATAMENTO COM O CURATIVO POR PRESSÃO NEGATIVA (duração do tratamento, número de trocas, tratamentos associados):

OBS: Se possível, anexar foto da ferida.

Assinatura Médico assistente/CRM