

## 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