



AVALIAÇÃO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR - SAD
Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPSM

Data: _____ **Local da Avaliação:** _____

Paciente: _____ **Idade:** _____

Data de Nascimento: _____ **Sexo:** _____ **Telefone** _____

Endereço: _____

Possui Cuidador? Não () Sim () Nome: _____

HISTÓRICO/ DIAGNÓSTICOS

MOBILIDADE

Deambula sem restrição () Deambula com dificuldade () Deambula com auxílio [terceiros, bengala ou andador] ()
Cadeirante () Cadeirante com auxílio () Transferência para cadeira por terceiros ()
Restrito ao leito[Acamado] ()
Controle de tronco: Controle Total () Controle Parcial () Sem Controle ()

INTERAÇÃO

Consciente/Lúcido () Desorientado no tempo e espaço () Totalmente Confuso ()
Comunicação Não Verbal () Não comunica com o examinador ()

ALIMENTAÇÃO

Apetite: Preservado () Inapetente () **Via de alimentação:** Oral () SNE () SNG ()
Gastrostomia () Jejunostomia () **Se sonda, data da última troca:** _____ **Balonete** () Sem balonete ()
Modelo/Nº: _____ **Disfagia/Engasgos:** Não () Sim ()

RESPIRAÇÃO

Oxigenoterapia: Não () Sim () L/min: _____	TQT: Não () Sim ()
Fluxo: Contínuo () Intermitente ()	Modelo/Nº: _____
VM: Não utiliza () Não invasiva () Invasiva ()	Aspiração de Vias Aéreas Superiores: Não () Sim ()
Modelo: Astral () Bipap () Cpap () Trilogy ()	Quantidade/ 24 Horas: _____ Nº Sonda: _____
Stellar () Outros/Especificação: ()	Aspiração de Vias Aéreas Inferiores: Não () Sim ()
	Quantidade/ 24 Horas: _____ Nº Sonda: _____

ELIMINAÇÕES

Espontâneas no banheiro () Fraldas () Cistostomia () Colostomia () Ileostomia ()
SVD () Tipo/ Nº: _____ Periodicidade da troca (dias): _____ Última Troca: _____
SVA () Tipo/ Nº: _____ Periodicidade/24 Horas: _____

LESÃO

Lesão (ões): Não () Sim () Local: _____ Etiologia: _____
Estágio: _____ Cobertura (s) em uso: _____
Aspecto: _____
Frequência da troca: _____ *** Caso tenha mais lesões descrever no campo "Observação"**

MEDICAÇÃO - EV/ IM/SC

Não se aplica () Medicação () Qual: _____
Via de administração: Periférico () PICC () Cateter Totalmente Implantado () Permcath () Subcutânea ()
Troca do Último Curativo: _____ Heparinização (enviar prescrição): Não () Sim ()
É imprescindível encaminhar prescrição médica com posologia completa, datada, assinada e carimbada.

OBSERVAÇÕES

PROFISSIONAIS INDICADOS

Médico ()	Frequência:	Terapeuta ocupacional ()	Frequência:
Enfermeiro ()	Frequência:	Nutricionista ()	Frequência:
Fisioterapia ()	Frequência:	Psicólogo ()	Frequência:
Fonoaudiologia ()	Frequência:	Técnico de enfermagem ()	Frequência:
* Paciente não atende critérios para acompanhamento ()		Programa Sugerido: _____	

Assinatura e carimbo do profissional:	Assinatura do paciente ou responsável:
_____	_____