



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:
_____	_____