

	FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE À ATENÇÃO DOMICILIAR	CÓDIGO / REVISÃO FOR.008 R. 00
ÁREA: MED - Médico	Classificação: Público	
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	PÁGINA: 1 de 3	

SERÁ NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS PARA ACEITAÇÃO DO FORMULÁRIO PELO SERVIÇO.		
() UNIMED FORTALEZA () OUTRA UNIMED:		
IDENTIFICAÇÃO		
NOME DO HOSPITAL: _____	LEITO: _____	
POSTO DE ENFERMAGEM: _____	TELEFONE DO POSTO: _____	
NOME COMPLETO:		PREVISÃO DE ALTA:
NÚMERO DA CARTEIRA:		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
ENDEREÇO:	Nº:	COMPLEMENTO:
PONTO DE REFERÊNCIA:		BAIRRO:
TELEFONES: RESIDENCIAL:		CELULAR:
NOME DO RESPONSÁVEL:		CELULAR:
RESUMO DO QUADRO CLÍNICO		
MOTIVO DA INTERNAÇÃO		
DIAGNÓSTICOS DURANTE A INTERNAÇÃO E TRATAMENTOS INSTITUÍDOS		
ANTIBIÓTICOS E DATAS DE UTILIZAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO		
RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES (ÚLTIMAS 72H)		

	FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE À ATENÇÃO DOMICILIAR	CÓDIGO / REVISÃO FOR.008 R. 00
ÁREA: MED - Médico	Classificação: Público	
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	PÁGINA: 2 de 3	

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: () NÃO () SIM
DEAMBULAÇÃO: () ACAMADO () DEAMBULA
OXIGENOTERAPIA: () NÃO () SIM
TRAQUEOSTOMIA: () NÃO () SIM DATA DA REALIZAÇÃO: ___/___/___ TIPO: _____ Nº: _____
JÁ HOUVE TROCA DO TRAQUEÓSTOMO: () NÃO () SIM DATA DA TROCA: ___/___/___
VIA DE ALIMENTAÇÃO: () ORAL () SONDA/GTT () NPT
EM CASO DE GTT: QUAL TIPO: () GARRA () BALÃO e Nº: COLOCADA A PRIMEIRA VEZ NESTA INTERNAÇÃO? () NÃO () SIM DATA: ___/___/___
JÁ HOUVE TROCA DA GTT: () NÃO () SIM DATA DA TROCA: ___/___/___
DIURESE: () ESPONTÂNEA () SONDA DE ALÍVIO INTERMITENTE () SONDA VESICAL DE DEMORA
EM CASO DE SONDA VESICAL DE DEMORA: () LÁTEX () SILICONE e Nº:
OUTROS DISPOSITIVOS: () NÃO () SIM SE SIM, ESPECIFICAR QUAL:
ALERGIAS: () NÃO () MEDICAMENTOS () MATERIAIS () OUTROS _____
ENCONTRA-SE CLINICAMENTE ESTÁVEL (SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, METABOLICAMENTE COMPENSADO E SEM INSTABILIDADES ORGÂNICAS)? () NÃO () SIM
PACIENTE ESTÁ EM ISOLAMENTO DE CONTATO? () NÃO () SIM SE SIM, POR QUAL GERME?
TEM INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS? () NÃO () SIM
SE SIM, DESCREVA COM MÁXIMO DE DETALHES ESTÁGIO ATUAL DA DOENÇA DE BASE, PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS E NÍVEL DE COMPREENSÃO DOS PACIENTE E FAMILIARES.

	FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE À ATENÇÃO DOMICILIAR	CÓDIGO / REVISÃO FOR.008 R. 00
ÁREA: MED - Médico	Classificação: Público	
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	PÁGINA: 3 de 3	

POSSUI CUIDADOR DESIGNADO PELA FAMÍLIA E FAMILIAR RESPONSÁVEL? () NÃO () SIM
PARTICIPOU DO PROGRAMA MEU CUIDADO SEGURO? () NÃO () SIM
QUE INFORMAÇÕES MAIS RELEVANTES ESTÃO SENDO ORIENTADAS PARA A FAMÍLIA PARA A ALTA?
CAMPO RESERVADO AO MÉDICO SOLICITANTE
DECLARO QUE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR PASSARÁ A SER RESPONSÁVEL PELO PLANEJAMENTO DE CUIDADOS E ACOMPANHAMENTO DO(A) PACIENTE A PARTIR DA ADMISSÃO AO SERVIÇO.
DATA: ____/____/____ MÉDICO (CRM): _____ CELULAR: _____

Elaborador do documento: Lívia Ponte Correia Mota - Coordenadora Médica
 Documento anterior à implantação do sistema: FOR.002.ADM.ATD.LAR

Utilizaremos os dados pessoais informados nesse termo para atender a sua solicitação. Faremos isso de forma segura e respeitando sua privacidade. Para mais informações, acesse nossa política de privacidade:
<https://www.unimedfortaleza.com.br/politica-de-privacidade>.