



NOME COMPLETO (por extenso e sem abreviações):			CPF:
ENDEREÇO (rua/avenida/etc.):			NÚMERO:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	CEP:
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	TELEFONE PARA CONTATO (com DDD):	CELULAR PARA CONTATO (com DDD):
CNS:	CS REFERÊNCIA:	UNIDADE SOLICITANTE:	
NOME DO CUIDADOR:		VÍNCULO:	CELULAR PARA CONTATO (com DDD):

<input type="checkbox"/> ONCOLÓGICO	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	<input type="checkbox"/> ACAMADO	<input type="checkbox"/> DIETA V.O.	<input type="checkbox"/> DIETA ASSISTIDA	<input type="checkbox"/> C.N.E. Nº: _____	<input type="checkbox"/> G.T.M. Nº: _____	<input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIA
<input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO DE AR AMBIENTE	<input type="checkbox"/> CPAP / BIPAP	T.Q.T. Nº: _____	<input type="checkbox"/> PLÁSTICO	<input type="checkbox"/> METAL	O²: _____ L/min	<input type="checkbox"/> USO DE RESPIRADOR DOMICILIAR	
<input type="checkbox"/> INFECÇÃO HOSPITALAR / ISOLAMENTO		MICROORGANISMOS: _____					

CUIDADOR RESPONSÁVEL RECEBEU AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES:

ASPIRAÇÃO: SIM NÃO NÃO SE APLICA
 MUDAR DECÚBITO: SIM NÃO NÃO SE APLICA
 CURATIVOS: SIM NÃO NÃO SE APLICA

CUIDADOS C/ C.N.E. / G.T.M.: SIM NÃO NÃO SE APLICA
 CUIDADOS P/ ADMINISTRAR DIETA: SIM NÃO NÃO SE APLICA
 CUIDADOS C/ C.V.D.: SIM NÃO NÃO SE APLICA

FORNECEU MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA INÍCIO DO CUIDADO ATÉ VISITA DO S.A.D.: SIM NÃO NÃO SE APLICA

OUTRAS NECESSIDADES (EQUIPAMENTOS DIVERSOS): _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

MÉDICO: _____

ENFERMAGEM: _____

FISIOTERAPIA: _____

FONOAUDIOLOGIA: _____

NUTRIÇÃO: _____

ASSISTÊNCIA SOCIAL E OUTROS: _____

NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO: ASSISTÊNCIA SOCIAL | MÉDICO | FISIOTERAPIA | DENTISTA | ENFERMAGEM | NUTRIÇÃO

FONOAUDIOLOGIA | MULTIPROFISSIONAL | OUTROS | ANTIBIÓTICOTERAPIA DOMICILIAR

SOLICITA PARECER INTRA-HOSPITALAR DA EQUIPE DO S.A.D.: SIM NÃO NÃO SE APLICA

LOCAL E DATA

NOME DO RESPONSÁVEL PELO CONTATO

ANEXAR RESUMO DE ALTA DETALHADO E CONFIRMAR ALTA HOSPITALAR VIA TELEFONE