



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	O <sup>2</sup> : _____ 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**