



ATENÇÃO DOMICILIAR - SOLICITAÇÃO



Paciente:	Idade:	Matrícula:
Hospital:	Leito:	CID Principal:

CRITÉRIOS CLÍNICOS (ASSINALAR)

01	Ventilação Mecânica Invasiva ou Não Invasiva de forma contínua
02	Acesso Venoso com infusão contínua
03	Nutrição Parenteral Total
04	Feridas e Úlceras Complexas, a partir do grau 2. Caso o paciente tenha somente esse critério, ele deve ser acamado para ser admitido.
05	Hipersecreção brônquica em pacientes traqueostomizados
06	Cuidados paliativos: pacientes terminais em fase avançada , em uso de analgesia parenteral ou cuidados intensivos.
07	Antibioticoterapia parenteral – Informar Esquema e previsão de término ❖ Tratamento Empírico (48h): <input type="checkbox"/> Guiado por Cultura: <input type="checkbox"/> (Anexar Cultura + Antibiograma) ❖ Sítio da Infecção: _____ ❖ Nome do ATB: _____ DI: ___/___/___ DF: ___/___/___ Posologia: _____ ❖ ATB utilizados no Hospital: _____

SERVIÇOS SEM COBERTURA

Fisioterapia domiciliar, oxigenoterapia domiciliar, fonoterapia domiciliar, ventilação mecânica não invasiva intermitente e medicações subcutâneas, **isoladamente dos critérios clínicos**.

Cuidador para prestação de cuidados leigos.

Remoções periódicas para realização de hemodiálise ou quimioterapia.

Treinamento para manipulação de sondas, assim como nutrição com dietas enterais e/ou suplementos orais, isoladamente dos critérios clínicos.

Pacientes, que deambulam, com feridas e sem outros critérios clínicos associados devem ser encaminhados para os Ambulatórios de Feridas.

QUADRO CLÍNICO

Data	Assinatura do médico	CRM