#10

NUP:      /

FOP 317.01 - SOLICITAÇÃO DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA HOSPITAL DE CUIDADOS PÓS-AGUDO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO** | | | | | | | | | | |
| **Nome (Completo e sem abreviação):** | | | | | | | | | | |
| **Nº Carteirinha:** | | | | **Sexo:**  **Feminino  Masculino** | | | | | **Data Nascimento:**   /  / | |
| **Endereço** (**Completo):** | | | | | | | | | | |
| **Telefones:**       - | | | | | | | | | | |
| **Data de Admissão Hospitalar:** | | | | | | | | | | |
| **Responsável legal:** | | | | | | **Parentesco:** | | | | |
| **Cuidador:** | | | | | | | | | | |
| **MÉDICO** | | | | | | | | | | |
| **Diagnóstico principal:**    **Diagnóstico secundário:** | | | | | | | | | | |
| **Histórico clínico do paciente (Descrever detalhadamente):** | | | | | | | | | | |
| **MEDICAÇÃO (**EV, IM e SC) | | | **DOSE** | | **FREQUENCIA** | | | **VIA** | | **INÍCIO/TÉRMINO** |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
| **CUIDADO PALIATIVO** SIM NÃO | | | | | | | | | | |
| **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**  Alerta/acordado Sonolento/letárgico  Torporoso Comatoso  Glasgow | | | | | | | | | | |
| **SUPORTE VENTILATÓRIO:**  **VM:** SIM  NÃO  **TQT**: SIM NÃO  **OXIGÊNIO**: SIM  NÃO  CATETER       L/MIN  MASCARA       L/MIN  BIPAP  CEPAP  ASPIRAÇÕES       / DIA | | | | | | | | | | |
| **FISIOTERAPIA**:  SIM  NÃO Se sim:  MOTORA  RESPIRATÓRIA | | | | | | | | | | |
| **FONOTERAPIA:**  SIM  NÃO | | | | | | | | | | |
| **PESO:**       **kg ALTURA:**       **cm** | | | | | | | | | | |
| **NUTRIÇÃO:**  VO  SNE  GTT  JEJUNOSTOMIA  NPT  **Tipo de Dieta (HAS, DM, etc.):** | | | | | | | | | | |
| **TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA:**  NÃO UTILIZA  HEMODIÁLISE  DIÁLISE PERITONEAL | | | | | | | | | | |
| **ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS:**  SVD  COLOSTOMIA  FRALDA  ESPONTÂNEA | | | | | | | | | | |
| **LOCOMOÇÃO:**  SEM AUXÍLIO  COM AUXÍLIO  ACAMADO | | | | | | | | | | |
| **LESÃO DE PELE:**  SIM  NÃO  **DESCRIÇÃO (grau I, II, III ou IV):** | | | | | | | | | | |
| **CURATIVO:  SIM  NÃO**  **DESCRIÇÃO (tipo de cobertura, tempo de troca):** | | | | | | | | | | |
| **CATETER** | **SIM** | **NÃO** | | **DATA DE INSERÇÃO** | | | **LOCAL** | | | |
| **VESICAL** |  |  | | /  / | | |  | | | |
| **NASOENTERAL** |  |  | | /  / | | |  | | | |
| **VENOSO** |  |  | | /  / | | |  | | | |
| **CENTRAL** |  |  | | /  / | | |  | | | |
| **IMPLANTÁVEL** |  |  | | /  / | | |  | | | |
| **DATA:**      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CARIMBO/ASSINATURA - MÉDICO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CARIMBO/ASSINATURA - ENFERMAGEM** | | | | | | | | | | |
| **PREENCHIMENTO PELO BENEFICIÁRIO OU FAMILIA/RESPONSÁVEL** | | | | | | | | | | |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro conhecer a Assistência Médica e Odontológica do Plano CorreiosSaúde da Postal Saúde; | | | | | | | | | | |
| **Tenho claro que a internação é por um período curto de cuidados extensivos, conforme plano terapêutico a ser apresentado, cuja internação possui os seguintes objetivos:**   1. Dar continuidade ao processo de recuperação/tratamento por período constante no plano terpêutico e/ou; 2. Receberem suporte e capacitação para os cuidados em domicílio e/ou; 3. Otimizar capacidade funcional e independência. | | | | | | | | | | |
| **Estou ciente que uma pessoa, da família ou designada por mim, receberá orientações para ser o CUIDADOR durante o atendimento e após a alta do paciente**. | | | | | | | | | | |
| **DATA:**   /  /      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ASSINATURA - BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL** | | | | | | | | | | |