#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** |