**#10**

**FOP 079.04 - SOLICITAÇÃO PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO PELO MÉDICO ASSISTENTE)** | | | | | | | |
| **Nome (Completo e sem abreviação):** | | | | | | | |
| **CIB:** | **Sexo:** | | **Masculino  Feminino** | | | **Data de Nascimento:**    /    **/** | |
| **Beneficiário:  Titular  Dependente** | | | | | | | |
| **Histórico clínico do paciente (Descrever detalhamento):** | | | | | | | |
| **Prescrição de medicamentos para uso em domicílio (Descrição):** | | | | | | | |
| **PLANO TERAPÊUTICO (DETALHAMENTO)** | | | | | | | |
| **Fisioterapia** | | | | | | | |
| **-Tipo de Fisioterapia:**  **Respiratória**  **Motora**  **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | **Periodicidade**  **2 vezes por semana**  **3 vezes por semana**  **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Locomoção do beneficiário:**  **Acamado**  **Deambula com auxílio**  **Deambula sem auxílio** | | | | **Período do Tratamento**  **15 dias**  **30 dias**  **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Nutricionista** | | | | **Fonoaudiologia** | | | |
| **Quinzenal**  **Mensal**  **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | **1 vez por semana**  **2 vezes por semana**  **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Período do Tratamento**  **30 dias**  **60 dias**  **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Curativo** | | **Alimentação** | | | | | **Eliminações Fisiológicas** |
| **Sim  Não**  **Região corporal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Grau:**  **I  II  III  IV**  **Cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Via Oral - VO**  **Sonda Naso-Enteral - SNE**  **Gastrostomia - GTT**  **Jejuno**  **Nutrição Parenteral - NPT**  **Dieta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **Sonda Vesical de Demora - SVD**  **Fralda**  **Eliminações fisiológicas** |
| **Suporte ventilatório** | | | | | | | |
| **Sem suporte de O²  Com suporte de O²  TQT – Traqueostomia  CN – Cateter Nasal** | | | | | | | |
| **Plano Terapêutico**  **Oxigenoterapia Contínua**  **Oxigenoterapia Intermitente**  **Oxigenoterapia Noturna** | **Período do tratamento**  **30 dias**  **60 dias**  **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | **Equipamentos necessários**  **Concentrador de oxigênio** | | |
| **Sistema líquido**  **Cilindro pequeno**  **Cilindro grande** | **Pressurizado**  **Cilindro pequeno**  **Cilindro grande** | | | | **Fluxo de Oxigênio por hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Aspirações** | | | | **Acesso Venoso** | | | |
| **Sim**  **Não**  **Qtde/dia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | **Profundo Contínuo**  **Periférico Contínuo**  **Periférico Intermitente**  **Sem acesso**  **Obs. Só assinalar o Tipo de acesso venoso, nos casos em que o paciente utilizará o dispositivo em domicílio, nos demais casos assinalar o item sem acesso.** | | | |
| **ASSINATURA** | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.  Local e Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo do Médico Assistente | | | | | | | |
| **DAS RESPONSABILIDADES DO BENEFICIÁRIO OU SOLICITANTE** | | | | | | | |
| * Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro conhecer a Assistência Médica e Odontológica do Plano CorreiosSaúde da Postal Saúde; * Estou ciente de que poderão ser solicitados documentos complementares para avaliação da elegibilidade do paciente ao serviço de Internação Domiciliar e Terapias Domiciliares (Fisioterapia e/ou Oxigenoterapia); * Para os casos de Internação Domiciliar, autorizo, caso seja necessária, a visita da equipe multidisciplinar, juntamente com a equipe do prestador de serviços credenciado, para avaliar as condições do domicílio de internação do paciente; * Estou ciente que uma pessoa, da família ou designada por mim, receberá orientações para ser o CUIDADOR durante o atendimento de Internação Domiciliar e após a alta do paciente; * Estou ciente que a avaliação de elegibilidade para a Internação Domiciliar somente ocorrerá para os beneficiários que estão em Internação Hospitalar; * Concordo com o tratamento dos meus dados pessoais e sensíveis pela POSTAL SAÚDE, em harmonia com as hipóteses previstas nos artigos 7°, 11 e 14 da Lei n° 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD); * Autorizo a POSTAL SAÚDE a tratar os meus dados pessoais necessários para as finalidades acima descritas, podendo tomar decisões referente ao tratamento, quando do fiel cumprimento de sua finalidade; * A POSTAL SAÚDE está por mim autorizada a compartilhar os meus dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, desde que necessários ao cumprimento da finalidade proposta, observando-se o disposto na LGPD; e * Autorizo a prestação dos serviços de Internação Domiciliar (*HOME CARE*) ou Terapias Domiciliares (Fisioterapia e/ou Oxigenoterapia) ao paciente citado acima, no endereço:   Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_  Telefone com./res.: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **ASSINATURA** | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.  Local e Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do solicitante | | | | | | | |

