**#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 |

