

AValiação de Paciente Ostomizado ou com Sonda Vesical de Demora

Unimed 
Campina Grande

Código da solicitação

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome		Data nascimento
Nº do cartão	CPF	
Nome do Responsável (se menor de 18 anos) ou Terceiros		Grau de parentesco
Telefone residencial	Telefone comercial	Celular
E-mail		Intercâmbio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ENDEREÇO PARA ENTREGA DO MATERIAL APÓS LIBERAÇÃO

Logradouro		Nº
Complemento	Bairro	
Cidade	Estado	CEP

QUESTIONÁRIO (Preencher os dados abaixo somente se o usuário for Ostomizado)

01. Há quanto tempo é Ostomizado?

02. Localização do estoma:

Direito Esquerdo

03. Qual o tipo de estoma?

- Colostomia Úmida (alça construída para permitir a saída de fezes e urina pelo mesmo estoma);
 Colostomia (alça construída para permitir a saída de fezes pelo estoma - fezes mais pastosas);
 Ileostomia (quando as fezes são mais líquidas do que aquelas que são eliminadas pela Colostomia);
 Urostomia (abertura na pele que permite a saída de urina proveniente dos rins, ureter ou bexiga);

Local

Rins - Nefrostomia Ureter - Ureterostomia Bexiga - Cistostomia

04. Conhece ou já utiliza alguma marca de material?

Não Sim

Se sim, Qual?

Coloplast Convatec Hollister

05. Tem equipamento disponível para uso?

Não Sim

Se sim, por quanto tempo?

ENDEREÇO PARA AVALIAÇÃO DO ESTOMA

Logradouro		Nº
Complemento	Bairro	
Cidade	Estado	CEP

OBSERVAÇÕES

____/____/____

Assinatura