

		REGISTRO DA QUALIDADE		Serviço de Atenção Domiciliar Atendimento de Assistência Domiciliar / Internamento Domiciliar	
RQ 26.26		Vigência a partir de: 15/02/2024		Classificação: interno	
				Edição: 02	
				Página: 1/2	

Dados do Beneficiário					
Nome do Paciente:			Sexo: F () / M ()		
Código Unimed:			Data de Nascimento: ____ / ____ / ____		
Endereço:			Número:		
Bairro:			Cidade:		
Dados do Responsável					
Nome do Responsável:					
CPF:			RG:		
Telefone residencial:			Celular:		
Sim	Não	Classificação de Pacientes por Complexidade			
		Ventilação Mecânica?			
		() Invasiva () Não Invasiva / () Contínua () Intermitente			
		Doença aguda, com necessidade de reabilitação?			
		Apresenta cuidador em período integral? (mesmo que familiar)			
		Existe algum impedimento de deslocamento para atendimento ambulatorial?			
		Três ou mais internações no último ano?			
		É totalmente restrito ao leito?			
		Apresenta lesão por pressão?			
		Necessita de aspiração de vias aéreas?			
Dieta		() Oral	() SNE	() GTT	() Parenteral
Medicação		() Endovenosa	() Intramuscular	() Hipodermóclise	() Enteral
Vias de acesso		() AVP	() AVC	() Port-a-Cath	() PICC
Diurese		() Espontânea	() SVD () Cistostomia	Data da última troca:	Periodicidade da troca?
Nível de Consciência		() Consciente e orientado		() Confuso e/ ou agitado	
				() Comatoso	
História de Alergia		() Não	() Sim	Qual?	
Isolamento de Contato		() Não	() Sim	Qual?	
Dados do Internamento Hospitalar					
Paciente Internado: Sim () Não ()			Data de internação: ____ / ____ / ____		
Hospital:		Leito:		Previsão de alta: ____ / ____ / ____	
Diagnóstico principal:					Cid:
Diagnóstico secundário:					Cid:
Quadro Clínico do Paciente:					

	REGISTRO DA QUALIDADE		Serviço de Atenção Domiciliar Atendimento de Assistência Domiciliar / Internamento Domiciliar	
RQ 26.26	Vigência a partir de: 15/02/2024	Classificação: interno	Edição: 02	Página: 2/2

Sim	Não	Avaliações:
		Fisioterapia
		Fonoaudiologia
		Estomaterapia
		Fototerapia
		Oxigenioterapia

Para solicitar oxigênio seguir o protocolo abaixo:

Gasometria Arterial Recente (de até 30 dias, coletada em repouso, sem O2 por 20 minutos em AA)
pH = pCO2 = pO2 = BIC = Sat.O2 =

Adulto - Cópia do resultado da gasometria arterial recente.
Fluxo de O2: _____ **Tempo de uso diário:** _____ h/dia **Manter SpO2 > _____** **Paciente pediátrico SpO2:** _____

Interface: Cateter nasal adulto () Cateter nasal infantil () Máscara facial () Máscara de traqueostomia

Solicitação para Medicação em Domicílio					
Medicação	Dose	Via	Frequência	Data de Início	Data de Término
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Justificativa médica para uso de medicação de uso restrito:

Exames laboratoriais de controle durante o tratamento? Quais?

Data da coleta:

Dados do Médico Assistente	
Nome do Médico:	CRM:
Especialidade:	Telefone para contato:

Data da Solicitação: / /

Assinatura e carimbo do (a) médico (a) assistente