Salvar como | Imprimir | Enviar por e-mail | Limpar todos os dados | Limpar dados munícipe

Prefeitura de SOROCABA

ANEXO III

Secretaria da Saúde

Versão: Jul/2022

4. ÍTEM SOLICITADO: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR/INSTITUCIONALIZAÇÃO

LISTAGEM DA CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL

Apresenta Cuidador em período integral? ( ) Sim ( ) Não
O domicílio é livre de risco? ( ) Sim ( ) Não
Existe algum impedimento clínico para se deslocar até unidade extradomicílio? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, justificar:
Nível de Consciência ( ) Comatoso ( ) Obnubilado ( ) Confuso ( ) Desorientado ( ) Alerta
Alimentação Parenteral? ( ) > 12h/dia ( ) ≤ 12h/dia ( ) Não
Alimentação Enteral? ( ) Sem auxílio ( ) Assistida ( ) SNE/SNG ( ) Gastro/jejunostomia ( ) Oral ( ) Não
Aspiração de Traqueostomia/ vias aéreas inferiores? ( ) > 5x/dia ( ) ≤ 5x/dia ( ) Não
Aspiração de vias aéreas superiores? ( ) > 5x/dia ( ) ≤ 5x/dia ( ) Não
Ventilação Mecânica? ( ) invasiva ( ) não invasiva ( ) > 12h/dia ( ) ≤ 12h/dia ( ) Não
Exercícios ventilatórios? ( ) intermitente ( ) Não
Oxigênio suplementar? ( ) > 12h/dia ( ) ≤ 12h/dia ( ) Não
Acesso venoso? ( ) Central ( ) Periférico ( ) Contínuo ( ) Intermitente ( ) Não
Medicação parenteral ou hipodermóclise? ( ) > 4x/dia ( ) ≤ 4x/dia ( ) Não
Medicação? ( ) intramuscular? ( ) subcutânea ( ) intraocular ( ) inalatória ( ) tópica ( ) enteral ( ) outra ( ) Não
Especificar se houver outra(s) via(s) de administração da medicação:
Diálise Domiciliar? ( ) Sim ( ) Não
Quimioterapia? ( ) Intra-tecal ( ) Intravenosa ( ) Subcutânea ( ) Oral ( ) Não
Lesão Vascular/Cutânea? ( ) Estágio I ( ) Estágio II ( ) Estágio III ( ) Estágio IV ( ) Indeterminado ( ) Não
Múltiplas lesões? *(se sim, colocar acima o número de lesões por estágio ao invés de um "x")* ( ) Sim ( ) Não
Cateter Vesical? ( ) Demora ( ) Alívio (Intermitente) ( ) Não
Consegue se banhar? ( ) Não ( ) Parcialmente/assistido(a) ( ) Integralmente/sem auxílio
Consegue se vestir? ( ) Não ( ) Parcialmente/assistido(a) ( ) Integralmente/sem auxílio
Consegue ir ao banheiro? ( ) Não ( ) Parcialmente/assistido(a) ( ) Integralmente/sem auxílio
Consegue realizar transferência? ( ) Não ( ) Parcialmente/assistido(a) ( ) Integralmente/sem auxílio
Consegue controlar o esfíncter? ( ) Não ( ) Uso intermitente de fralda/acessório ( ) Continência completa
Depende de Reabilitação? ( ) > 1x/dia ( ) 1x/dia ( ) 5x/sem ( ) 4x/sem ( ) 3x/sem ( ) 2x/sem ( ) 1x/sem ( ) Não
Reabilitação pode ser realizada em unidade extradomicílio? ( ) Sim ( ) Não

Modalidade de Assistência/ Profissional(is) envolvido(s) (frequência semanal e/ou mensal)/ Duração da Assistência:

Salvar como | Imprimir | Enviar por e-mail | Limpar todos os dados | Limpar dados munícipe

Prefeitura de SOROCABA

ANEXO III

Secretaria da Saúde

Versão: Jul/2022