

FOP 079.02 - SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)
INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO PELO MÉDICO ASSISTENTE)

Nome (Completo e sem abreviação):

CIB:

 Sexo: Masculino Feminino

Idade:

Histórico clínico do paciente (Descrever detalhamento):

Prescrição de medicamentos para uso em domicílio (Descrição):

PLANO TERAPÊUTICO (DETALHAMENTO)
Fisioterapia

-
- 2 vezes por semana
-
-
- 3 vezes por semana

Outros: _____

Nutricionista

-
- Quinzenal
-
-
- Mensal

Outros: _____

Fonoaudiologia

-
- 1 vez por semana
-
-
- 2 vezes por semana

Outros: _____

Curativo

-
- Sim
-
- Não

Região corporal: _____

Grau:

-
- I
-
- II
-
- III
-
- IV

Cobertura: _____

Alimentação

-
- Via Oral - VO
-
-
- Sonda Naso-Enteral - SNE
-
-
- Gastrostomia - GTT
-
-
- Jejunio
-
-
- Nutrição Parenteral - NPT

Dieta: _____

Eliminações Fisiológicas

-
- Sonda Vesical de Demora - SVD
-
-
- Fralda
-
-
- Eliminações fisiológicas espontânea

Suporte ventilatório

-
- Sem suporte de O2
-
-
- Com suporte de O2
-
-
- TQT - Traqueostomia
-
-
- CN - Cateter Nasal

Aspirações

-
- Sim
-
-
- Não

Qtde/dia: _____

Acesso Venoso

-
- Profundo Contínuo
-
-
- Periférico Contínuo
-
-
- Periférico Intermitente
-
-
- Sem acesso

 _____, ___/___/_____.
 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;
- Autorizo a visita da equipe multidisciplinar, juntamente com a equipe do prestador de serviços de Internação Domiciliar 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 e após a alta do paciente; e
- Autorizo a prestação dos serviços de Internação Domiciliar (*HOME CARE*) ao paciente citado acima, no endereço:

Endereço residencial completo: _____

ASSINATURA

_____, ____/____/____.
Local e Data

Assinatura do solicitante