

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO I

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: _____

**FORMULÁRIO CADASTRO DE USUÁRIO COM NECESSIDADE DE
CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE**

Paciente: _____

RG: _____ CPF: _____ Nº SES: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Diagnóstico com CID: _____

Resumo do Quadro Clínico:

INSUMOS PRESCRITOS:

PRODUTO	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Sonda Uretral		
Lidocaína Geleia 2% de 30g		
Pacote de Gazes		
Luvas para Procedimento		
Saco Coletor de Urina		
Seringa descartável 20 ml		

DATA DA REAVALIAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____. _____

Responsável pela avaliação

Obrigatória a apresentação dos seguintes documentos para cadastro: RG e CNS do paciente e RG do cuidador ou responsável pela retirada do material.

ANEXO II

RELAÇÃO DOS PACIENTES CADASTRADOS PARA ATENDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE _____ DATA: _____ de _____ 20_____

NOME	DN	ENDEREÇO	TELEFONE

Assinatura do gerente da GSAP

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO III

RECIBO DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE			
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE:			
RG:	CPF:	CNS/SES:	
ENDEREÇO:		TELEFONE:	
Código e descrição do material/medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega
Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) e materiais bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto: <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos Adversos <input type="checkbox"/> Situações Especiais (idoso, gestação...)		Declaro que recebi o(s) medicamento (s) e materiais acima descritos e fui informado das orientações sobre seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> Representante	
_____ Assinatura do Servidor Responsável		_____ Assinatura	

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

RECIBO DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE (via paciente)			
UNIDADE DE SAÚDE:			
NOME DO PACIENTE:			
Código e descrição do material/medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega
Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) e materiais bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto: <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos Adversos <input type="checkbox"/> Situações Especiais (idoso, gestação...)		Declaro que recebi o(s) medicamento (s) e materiais acima descritos e fui informado das orientações sobre seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> Representante	
_____ Assinatura do Servidor Responsável		_____ Assinatura	

ANEXO VI

**FORMULÁRIO PARA CANCELAMENTO DE RECEBIMENTO DE INSUMOS
RELATIVOS AO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE**

(Deverá ser preenchido pelo USUÁRIO OU SEU RESPONSÁVEL, na Unidade Básica de Saúde)

1- Identificação do Usuário:

Nome: _____.

Idade: ____ anos.

Sexo: () FEM () MASC

Endereço: _____

Cidade/Região Administrativa: _____.

Telefones: _____.

Unidade Básica de Saúde: _____.

Eu, _____,
RG....., n.º SES, requeiro minha exclusão do cadastro
de paciente beneficiado com insumos relativos ao cateterismo vesical intermitente, em virtude
de.....
.....
.....

OU

Eu, _____,
RG....., responsável pelo paciente Sr. (a)
....., n.º SES,
requeiro sua exclusão do cadastro de paciente beneficiado com insumos relativos ao
cateterismo vesical intermitente, em virtude de.....
.....
.....

_____, ____/____/____

Assinatura do Requerente

APÊNDICE 1

**FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM NECESSIDADE DE
CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE**

