



ANEXO - II

Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD-AC

Nome do paciente: _____ DN: ___/___/___
Prontuário SES: _____ Hospital: _____
Unidade: _____ Leito: _____
Médico Solicitante: _____ CRM: _____

1- CONDIÇÕES CLÍNICAS (Médico assistente UTI)

- | | | |
|--|---------|---------|
| a. Ventilação mecânica invasiva..... | Sim () | Não () |
| b. Acesso venoso periférico..... | Sim () | Não () |
| c. Acesso venoso central | Sim () | Não () |
| d. Realização de hemodiálise..... | Sim () | Não () |
| e. Gastrostomizado | Sim () | Não () |
| f. Nutrição parenteral total | Sim () | Não () |
| g. Nutrição enteral | Sim () | Não () |
| h. Curativos de feridas/escaras grau 2 | Sim () | Não () |
| i. Traqueostomizado | Sim () | Não () |
| j. Hipersecreção brônquica | Sim () | Não () |
| k. Cuidados paliativos | Sim () | Não () |
| l. Antibioticoterapia parenteral | Sim () | Não () |
- Se sim especificar: _____
- | | | |
|--|---------|---------|
| m. Estabilidade hemodinâmica sem vasopressores | Sim () | Não () |
| n. Estabilidade respiratória sem ajuste diário de parâmetros | Sim () | Não () |
| o. Sem intercorrências agudas diárias nos últimos 7 dias | Sim () | Não () |
| p. Via de nutrição instalada e funcional | Sim () | Não () |
| q. CID Principal: _____ | | |

2- CONDIÇÕES SOCIAIS (Núcleo de Serviço Social do Hospital)

- | | | |
|--|---------|---------|
| a. Aceitação da família e/ou responsável legal do SAD-AC | Sim () | Não () |
| b. Residência compatível para o SAD-AC | Sim () | Não () |
| c. Facilidade de acesso para ambulâncias ao domicílio | Sim () | Não () |
| d. Residência e domicílio no DF | Sim () | Não () |
- Observações: _____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

Nome: _____
Matrícula: _____ Telefone: _____

3- PARECER (Comissão Executora de Contratos de home care SES)

Preenche critérios de inclusão para o SAD-AC Sim () Não ()
Se não, justificativa: _____

Brasília, ____ de _____ de 20 ____

Nome/assinatura: _____
Matrícula: _____ Telefone: 061 3348 6261