



SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Obrigatório o preenchimento de todos os campos

DADOS DO (A) PACIENTE:

Nome:		
Data de Nascimento:	Idade:	CNS:
Cuidador responsável:		Grau de Parentesco:
Endereço:		Nº:
Complemento:	Bairro:	
Telefone residencial:	Telefone celular:	

PROCEDÊNCIA	HC:	HMU:
	HA:	UPA:
	HU:	Domicílio:
	HPSC:	Outros:

DADOS DO (A) PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nome:	CRM:
Unidade:	Telefone:

DADOS CLÍNICOS / ADMINISTRATIVOS:

Diagnóstico de alta:	CID	CIF (Opcional)
Motivo da solicitação <i>(quadro clínico; medicamentos a serem utilizados no domicílio; exames recentes, intercorrências, entre outras necessidades como as de ordem social):</i>		
Modalidade de atendimento para avaliação SAD: AD2 <input type="checkbox"/> AD3 <input type="checkbox"/>		

CRITÉRIOS MÍNIMOS DE ELEGIBILIDADE PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

<input checked="" type="checkbox"/>	Município de São Bernardo do Campo				
<input checked="" type="checkbox"/>	Cuidador identificado				
<input type="checkbox"/>	Vias de Alimentação	() ASSOCIADA (VO/SNE)	() SNE	() GTM	() ILEO/JEJUNO
<input type="checkbox"/>	Aspiração das VAS	() OROTRAQUEAL	() TQT	() 1 a 4X/DIA	() ≥ 4X/DIA
<input type="checkbox"/>	Suporte Ventilatório	() BIPAP	() INTERMITENTE	() CONTÍNUO ___L/min	
<input type="checkbox"/>	Lesão Tissular	() ÚNICA	() MÚLTIPLAS	() NÃO ESTADIADA	
		() ESTÁGIO I	() ESTÁGIO II	() ESTÁGIO III	() ESTÁGIO IV
<input type="checkbox"/>	Medicação Parenteral	() 1X/DIA	() 2X/DIA	PERIODICIDADE (INÍCIO/TÉRMINO): ____/____	
		() IV	() IM	() PICC	() OUTRO:
<input type="checkbox"/>	Insuficiência Renal	() DIALÍTICA – DIAS: _____		() NÃO DIALITICA	
<input type="checkbox"/>	Oncológico / Paliativo	() EM QUIMIO QTAS SESSÕES:	() EM RADIO QTAS SESSÕES:	() PALIATIVO	() EQUIPE C.PALIATIVOS (ambulatorial)
Acompanhamento Ambulatorial		() SIM	QUAL (IS):		

De acordo com a Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, o Serviço de Atenção Domiciliar SAD consiste em um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidades de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, com participação ativa da família e do cuidador.

ORGANIZAÇÃO:

AD 1: usuário que apresente problemas de saúde controlados/compensados; dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessite de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde; frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de 1 visita/mês, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

AD 2: usuário que apresente problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessite de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro; necessidade de, pelo menos, 1 visita/semana, com o fim de abreviar ou evitar hospitalização.

AD 3: usuário semelhante aos da AD 2, mas que façam uso de equipamentos / procedimentos especiais; paciente de maior complexidade, exigindo abordagem multiprofissional sistematizada e frequente; necessidade de, pelo menos, 1 visita/semana; habitualmente de caráter crônico.

EQUIPE PRESTADORA DE CUIDADO:

A **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD)** presta atendimento ao usuário elegível **APENAS** nas modalidades **AD 2** e **AD 3**. A assistência na modalidade **AD 1** é de responsabilidade das **EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA**.