

FOP 079.03 - 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

 Jejuno

 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;
- Estou ciente que a avaliação de elegibilidade para a Internação Domiciliar somente ocorrerá para os beneficiários que estão em Internação Hospitalar; 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