

54 - serviço atenção domiciliar

 SISTEMA E-SUS Atenção Básica	AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (Para uso exclusivo de SAD)		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	TURNO:*	DATA:*
				M T N	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº CARTÃO SUS:*	DATA NASC.:*	SEXO:*
		M F

ORIGEM (ASSINALAR)*

☐ UBS ☐ Hospital ☐ Unidade de Pronto Atendimento ☐ Cacon / Unacon ☐ Hospital SOS - Urgência / emergência ☐ Hospital SOS - demais setores
(Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1663/2012)) ☐ Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

☐ Acamado	☐ Adaptação ao uso de órtese/prótese
☐ Domiciliado	☐ Reabilitação domiciliar
☐ Úlceras/feridas (grau III ou IV)	☐ Cuidados paliativos oncológico
☐ Acompanhamento nutricional	☐ Cuidados paliativos não-oncológico
☐ Uso de sonda naso-gástrica - SNG	☐ Oxigenoterapia domiciliar
☐ Uso de sonda naso-enteral - SNE	☐ Uso de traqueostomia
☐ Uso de gastrostomia	☐ Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
☐ Uso de colostomia	☐ Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
☐ Uso de cistostomia	☐ Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
☐ Uso de sonda vesical de demora - SVD	☐ Diálise peritoneal
☐ Acompanhamento pré-operatório	☐ Paracentese
☐ Acompanhamento pós-operatório	☐ Medicação parenteral

CID (principal):*	CID (secundário):	CID (secundário):

CONCLUSÃO *

ELEGÍVEL - MODALIDADE DE AD: (ver legenda) ☐ AD 1 ☐ AD 2 ☐ AD 3	☐ INELEGÍVEL
☐ Admissão na própria EMAD	☐ Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
☐ Encaminhado para outra EMAD	☐ Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
☐ Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	☐ Outro motivo clínico
☐ Outro encaminhamento	☐ Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	☐ Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:**

NOME SOCIAL:

RAÇA / COR:** ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL - NIS(PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:**

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:** ☐ Brasileiro(a) ☐ Naturalizado(a) ☐ Estrangeiro(a)

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO (se brasileiro):**

E-MAIL:

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:**	NOME DO LOGRADOURO:**	Nº:**
COMPLEMENTO:	BAIRRO:**	
MUNICÍPIO:**	UF:**	CEP:

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ()	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()
---------------------------	-----------------------------

CUIDADOR

☐ Não possui ☐ Cônjuge / Companheiro(a) ☐ Filho(a) / Enteado(a) ☐ Pai / Mãe ☐ Avô / Avó ☐ Neto(a) ☐ Irmão(ã) ☐ Outro

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD 3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria EMAD

AEA/e-SUS AB v.2.0.1