Solicitação de Atenção Domiciliar

Paciente:	**Idade:**	**Matrícula:**
Origem: Hospital ☐ _____ Domicílio ☐		**Leito:**
Motivo da internação hospitalar:		
Médico assistente:	**Telefone:**	
Familiar responsável:	**Contatos:**	

Serviços necessários em domicílio

Acesso venoso: Sim ☐ Não ☐ **Tipo:**_____

Medicação venosa: Sim ☐ Não ☐

ATB: _____ **Dias de Uso:** _____ **Dosagem:** _____

Fonoterapia: Sim ☐ Não ☐ **Fisioterapia:** Sim ☐ Não ☐ Motora ☐ Respiratória ☐

Dieta: Oral ☐ Sonda Naso Enteral ☐ Gastrostomia ☐ Parenteral ☐ Jejunostomia ☐

Curativo complexo a partir do grau 3: Sim ☐ Não ☐

Cobertura: _____

Oxigênio: Sim ☐ Não ☐ Intermitente ☐ Contínuo ☐ **Vazão:** _____

Ventilação Mecânica: Sim ☐ Não ☐ Intermitente ☐ Contínuo ☐

Traqueostomia: Sim ☐ Não ☐ **Aspiração de Vias Aéreas Superiores:** Sim ☐ Não ☐

Equipamentos necessários

Cama hospitalar ☐	Aspirador ☐	BIPAP ☐
Cadeira de roda ☐	Concentrador de Oxigênio ☐	CPAP ☐
Cadeira higiênica ☐	Colchão Pneumático ☐	

Outros: _____

Quadro Clínico:

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Local/Data **Carimbo/Assinatura Médico**