Unimed Pelotas/RS
www.unimed.coop.br/pelotas
Almirante Barroso, 2309
96010-280 - Centro - Pelotas - RS
T. (53) 3309-4900

FSC

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Médico(a)_____,solicito avaliação do Serviço de Atenção Domiciliar para o paciente _____ _____

Portador do CID:_____ _____

Motivo da solicitação_____

( ) Hospital _____

Leito _____

( ) Consultório

Em caso de Solicitação de Antibióticos, anexar os exames culturais, a receita com a medicação, via de administração e o tempo de uso e preencher o espaço abaixo:

Antibiótico/Dose/Via de Administração:_____

Tempo de uso: _____

Pacientes com mais de 15 dias de tratamento, é necessário renovação da receita.

Em caso de Curativos preencher:
Local:_____

Cobertura: _____ Periodicidade: _____

Avaliação do Núcleo de Lesões: Sim ( ) Não ( )

Em caso de Reabilitação, informar condição clínica e/ou cirúrgica.

( ) Acompanhamento para CUIDADOS PALIATIVOS

Data da solicitação: _____/_____/_____