

Solicitação de Atenção Domiciliar



Paciente:	Idade:	Matrícula:
Origem: Hospital ☐	Leito:	
Domicílio ☐		
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