



Caro(a) Doutor(a),

Para o planejamento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, devemos considerar as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente em seu domicílio. Este formulário deve ser preenchido para casos que tenham necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

Observações

- ✓ Caso o paciente receba alta sem a liberação da operadora de saúde, poderá perder a elegibilidade para Atenção Domiciliar.
- ✓ É importante reforçar que somente os cuidados básicos e suporte às atividades de vida diária (higiene, mobilização e alimentação por via oral ou enteral) não elegem o paciente para Atenção Domiciliar.

Cliente:	
Endereço :	Telefone:
Instituição:	Data prevista da alta:
Tempo previsto para Atenção Domiciliar:	Médico:

Diagnósticos	
Cid	
Cid	
Cid	

Justificativa para atendimento em domicilio	

Prescrição	

Avaliação Funcional	
Faz uso de sonda () Não () Sim – Descreva:	
Faz uso de oxigênio () Não () Sim - Descreva:	
Deambula () Não () Sim () Com auxílio	
Lesão Cutânea () Não () Sim – Local:	

Data: ___/___/___

_____ Assinatura e carimbo

*O SAD recebe as solicitações de segunda a sexta feira das 08:00 as 18:00 horas.
 *No caso de intercâmbio o atendimento se iniciará após a autorização da Unimed de origem.