

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 O 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)

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

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

CONCLUSÃO *

ELEGÍVEL - MODALIDADE DE AD: (ver legenda) <input type="radio"/> AD 1 <input type="radio"/> AD 2 <input type="radio"/> AD 3	<input type="radio"/> INELEGÍVEL
<input type="radio"/> Admissão na própria EMAD	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra EMAD	<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> 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) / Enteadado(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