

ANEXO II
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – PRÓ-SAÚDE/TJDFT - FORMULÁRIO DE ANAMNESE DOMICILIAR

Nome do titular: _____ Matrícula: _____

Nome do paciente: _____ Idade: _____ Sexo: ()F ()M

CID: _____ Profissional : _____ Registro Conselho Profissional: _____

Recursos Incluídos	Descrição	Quantidade/ Periodicidade	Obs	Uso exclusivo da Equipe TJDFT
Equipe Profissional	Visita Médica (marcar X)	() semanal ou () quinzenal ou () mensal ou () Não se aplica	Máx:7/7 dias	() autorizado () Não autorizado
	Avaliação Médica Especialista (marcar X)	() mensal ou () Não se aplica Especialidade diferente do médico assistente domiciliar	Máx: 1 vz/mês	() autorizado () Não autorizado
	Visita de Enfermagem (marcar X)	() semanal ou () quinzenal ou () mensal ou () Não se aplica	Máx:7/7 dias	() autorizado () Não autorizado
	Visita de Nutrição (marcar X)	() quinzenal ou () mensal ou () Não se aplica	Máx: 15/15 dias	() autorizado () Não autorizado
	Consulta inicial Psicologia (marcar X)	() sim () não		() autorizado () Não autorizado
	Sessão Psicoterapia (quantificar ou marcar X)	____sessão (ões) semanal (is) ou () Não se aplica	Máx: 2 vzs/semana	() autorizado () Não autorizado
	Consulta inicial Fisioterapia (marcar X)	() sim () não		() autorizado () Não autorizado
	Sessão Fisioterapia (quantificar ou marcar X)	____diária (s) ou () semanal ou () Não se aplica	Máx: 3 vzs/dia	() autorizado () Não autorizado
	Consulta inicial Fonoaudiologia (marcar X)	() sim () não		() autorizado () Não autorizado
	Sessão Fonoaudiologia (quantificar ou marcar X)	____sessão(ões) semanal (is) ou () Não se aplica	Máx: 5 vzs/semana	() autorizado () Não autorizado
	Consulta inicial Acupuntura (marcar X)	() sim () não		() autorizado () Não autorizado
	Sessão Acupuntura (quantificar ou marcar X)	____sessão (ões) semanal(is) ou () Não se aplica	Máx: 2 vzs/semana	() autorizado () Não autorizado
	Técnico/Auxiliar de enfermagem - plantão de 06h (quantificar)	____plantões semanais ou () Não se aplica	Máx 1 vz/dia	() autorizado () Não autorizado
	Técnico/Auxiliar de enfermagem - plantão de 12h (quantificar)	____plantões semanais ou () Não se aplica	Máx 1 vz/dia	() autorizado () Não autorizado
Técnico/Auxiliar de enfermagem - plantão de 24h (quantificar)	____plantões semanais ou () Não se aplica	Máx 1 vz/dia	() autorizado () Não autorizado	
Treinamento do Cuidador	____dias	Máx 15 dias	() autorizado () Não autorizado	

Recursos Incluídos	Descrição	Quantidade/ Periodicidade	Obs	Uso exclusivo da Equipe TJDFT
Procedimentos	Curativo médio (quantificar)	___ eventos semanais ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Curativo grande (quantificar)	___ eventos semanais ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Administração de Medicação IM/EV (quantificar)	___ eventos semanais ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Alimentação enteral (quantificar)	___ eventos diários ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Troca de cânula traqueostomia	*conforme necessidade		() autorizado () Não autorizado
	Troca de sonda gastrostomia	**conforme necessidade		() autorizado () Não autorizado
	Sondagem nasogástrica/ nasoentérica (marcar X)	() evento mensal ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Troca de bolsa colostomia/ Ileostomias/ urostomias(marcar X)	() evento semanal ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Oxigenoterapia (quantificar)	___ horas diárias ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Antibioticoterapia (marcar X)	() diária ou () semanal ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Diálise Peritoneal (quantificar)	___ eventos diários ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Sondagem vesical de demora (marcar X)	() evento mensal ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Sondagem vesical de alívio (quantificar)	___ eventos diários ou () Não se aplica		() autorizado () Não autorizado
	Equipamentos	Aspirador elétrico (marcar X)	() sim () não	
Bipap/Cpap (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Bomba de infusão (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Cadeira de banho/higiênica (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Cadeira de rodas (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Cama tipo <i>home care</i> (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Cilindro de Oxigênio (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Concentrador de Oxigênio (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Oxímetro de dedo/mesa (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Respirador/ventilador (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado
Suporte de soro (marcar X)		() sim () não		() autorizado () Não autorizado

Observações: _____

Data : ____/____/____.

Assinatura do Profissional/ Carimbo:

EQUIPE DE SAÚDE OPERACIONAL: () De acordo () Em desacordo

Em caso de discordância, anexar relatório. Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: