

ANEXO IV  
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – PRÓ-SAÚDE/TJDF  
TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

Nome do titular:		Matrícula:
Nome do paciente:		Idade:
Diagnóstico principal:		
Descrição	Itens da avaliação	
Suporte terapêutico	Sonda vesical permanente	( ) sim ( ) não
	Sonda vesical intermitente	( ) sim ( ) não
	Traqueostomia sem aspiração	( ) sim ( ) não
	Traqueostomia com aspiração	( ) sim ( ) não
	Aspiração de vias aéreas superiores	( ) sim ( ) não
	Acesso venoso profundo contínuo	( ) sim ( ) não
	Acesso venoso intermitente	( ) sim ( ) não
	Acesso venoso periférico contínuo	( ) sim ( ) não
	Diálise domiciliar	( ) sim ( ) não
Quimioterapia	Oral	( ) sim ( ) não
	Intravenosa	( ) sim ( ) não
Suporte ventilatório	O <sub>2</sub> intermitente	( ) sim ( ) não
	O <sub>2</sub> contínuo	( ) sim ( ) não
	Ventilação mecânica intermitente	( ) sim ( ) não
	Ventilação mecânica contínua	( ) sim ( ) não
Lesão cutânea	Feridas ulcerosas	( ) sim ( ) não
	Úlcera de pressão	( ) sim ( ) não
Grau de atividade da vida diária relacionada a cuidados técnicos	Independente (paciente que pode ser acompanhado por familiar e/ou cuidador treinado)	( ) sim ( ) não
	Dependente (paciente que necessita de enfermagem por, no mínimo, 6h diárias)	( ) sim ( ) não
Dependência de reabilitação tratamento seriado (fisioterapia e/ou fonoaudiologia e/ou acupuntura e/ou psicoterapia e/ou terapia ocupacional – sessões diárias)	Necessita de tratamento seriado	( ) sim ( ) não
Terapia nutricional	Dieta gastroenteral por sonda	( ) sim ( ) não
	Gastrostomia	( ) sim ( ) não
Núcleo familiar identificado que apoia a assistência domiciliar		( ) sim ( ) não
Paciente aceita treinamento do cuidador e família assumirá ou financiará o trabalho do cuidador		( ) sim ( ) não
Residência com condições adequadas para assistência domiciliar		( ) sim ( ) não
<b>Classificação dos pacientes</b>		
Paciente <b>não</b> elegível para atendimento domiciliar		( ) sim ( ) não
Paciente elegível para atendimento domiciliar (o beneficiário necessita somente de atendimento de fisioterapia e/ou fonoaudiologia e/ou acupuntura e/ou psicoterapia e/ou antibioticoterapia e/ou curativos e/ou procedimento de menor complexidade, a ser realizado em ambiente domiciliar.)		( ) sim ( ) não
Paciente elegível para internação domiciliar (o beneficiário necessita de enfermagem por <b>24h</b> diárias)		( ) sim ( ) não
A classificação do paciente para assistência domiciliar ocorrerá a critério do profissional que fará a avaliação.		
<b>Concordante ( )</b>		<b>Discordante ( )</b>
Nome e CRM do perito:		
Data:		