

ANEXO VI

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR FAAD – MÉDICO

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF	
FAAD - MÉDICO PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome do paciente:	
Data de nascimento:	
Nome do responsável /grau de parentesco:	Telefones:
Endereço do paciente:	
Nº SUS CNS:	Nº SES:
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO	
Unidade de acompanhamento:	
Médico assistente /CRM	
Telefones para contato	
DADOS DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE	
Data de admissão:	Data de alta:
Motivo do acompanhamento:	
Diagnóstico principal:	
Diagnósticos secundários:	
Evolução:	
Exames realizados/laudos:	
Medicamentos usados/vias de administração:	
Necessidade de uso equipamentos/procedimentos () concentrador de oxigênio () cpap () bipap () diálise peritoneal () paracentese	
Necessita de acompanhamento com especialista () não () sim. quais _____	
Observações:	
Nome do médico/CRM:	
Assinatura do médico/carimbo:	Data:

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR
FAAD – ENFERMEIRO**

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF	
FAAD - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR	
Estado Geral: () Bom estado geral () Médio estado geral () Ruim estado geral	
Nível de Consciência/Orientação: () Consciente () Inconsciente () Orientado ()	
Grau de Dependência (Escala da Cruz Vermelha Espanhola)	Grau 0 () Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
	Grau 1 () Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVDs). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
	Grau 2 () Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
	Grau 3 () Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessitam de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
	Grau 4 () Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
	Grau 5 () Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.
Grau de Dependência ≥ 3	Paciente possui Cuidador identificado: () Não () Sim Nome: _____
Padrão Respiratório e Circulatório	() Respiração Espontânea () O2 dependente () Traqueostomia () VNI () VMI
	TQT com: () Cânula metálica () Cânula Plástica - troca prevista para: Pressão Cuff _____
	() Sem Secreção () Secretivo () Hipersecretivo Aspecto: _____
	() Catéter Periférico () Acesso Venoso Central () Cateter totalmente Implantado
	() Fístula arteriovenosa para diálise () Cateter Central com inserção periférica (PICC)

Padrão Nutricional e Eliminações	Se SNE/SNG Previsão de GTT _____.	
	Regulação e Encaminhamentos _____	
	Tipo de dieta: () Oral () Enteral () Mista () Parenteral	
	Dieta via: () SNE () SNG () Gastrostomia () Jejunostomia	
	inserida em: _____ () Por Endoscopia	
	() Espontânea () Fralda () coletor masculino de urina para Incontinência	
	Eliminações Vesical	() Cateterismo vesical de alívio intermitente - Intervalo de: _____
() Cateterismo Vesical de Demora - inserido em: ___/___/___		
Motivo: Última Troca		
() Cistostomia - inserido em: / / Motivo:		
Eliminação Intestinal: () Fisiológica () Colostomia () ileostomia		
Pele	() Lesão por pressão - local: _____ estágio: _____	
	local: _____ grau: _____ () Múltiplas - Nº: _____	
	() Ferida Neoplásica - Aspecto/ Local:	
	() Outro tipo de ferida: Tipo/ Local/Aspecto:	
Observações:		
Data: ___/___/___	Assinatura Enfermeiro/carimbo	
PREENCHIMENTO PELA EAD APÓS APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ELEGIBILIDADE PADRONIZADO		
Modalidade de atenção:	() AD1 () AD2 () AD3	
Data:	Nome do profissional do EAD/assinatura:	

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO
DOMICILIAR FAAD – NUTRICIONISTA**

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF

FAAD - RELATÓRIO NUTRICIONAL PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome do paciente:		
Data de nascimento:	nº SES:	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO		
Unidade de acompanhamento:		
Nutricionista /CRN:		
Telefones para contato:		
DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Data avaliação nutricional:	Peso:	Altura:
IMC:		
Diagnóstico nutricional:	Diagnósticos secundários:	
Evolução:		
Prescrição Dietética:		
GET:	VET:	
PTN/dia/ peso		
Peso /dia		
Via de administração da dieta:		
Via alimentar: () dieta oral () sng () sne () gtt () jnt prazo () curto () longo		
kcal /kg peso/dia:		
Obs:		
Assinatura do nutricionista /carimbo		

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR

FAAD – ASSISTENTE SOCIAL

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF

FAAD - RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome do paciente:	
Data de nascimento:	nº SUS cns: nº SES:
AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	
Nome Social:	Sexo: () masculino () feminino
DN : Idade:	Sexo : () Feminino () Masculino
Estado Civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Divorciado () Separado de Fato () Viúva	
DADOS DOS CUIDADORES	
Nome dos Cuidadores:	
Nome do Cuidador Principal:	
Reside na mesma casa do paciente () sim () não	
Dificuldades de acesso a casa do paciente descrever:	
Endereço do cuidador principal:	
Telefone cuidador principal:	
Outros cuidadores: () familiar () igreja () contratado	
Organização quando há mais de um cuidador organização do cuidado: dia _____ noite _____ fds _____	
Composição Familiar:	
SITUAÇÃO ECONÔMICA	
Benefícios: Previdenciário / Assistencial	Aposentado () sim () não () em andamento
	Auxílio Doença () sim () não () em andamento
	Auxílio Reclusão () sim () não () em andamento
	Auxílio Doença () sim () não () em andamento
	BPC () sim () não () em andamento
	Bolsa Família () sim () não () em andamento
	Outros:
Principal Mantenedor	() Paciente () Familiar Parentesco () outros
Assinatura do Assistente Social /carimbo:	
Data:	

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR FAAD – FISIOTERAPIA**

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF

**FAAD - RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE
ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Nome do responsável / grau de parentesco:
telefones:

Endereço do paciente:

Nº SUS CNS:

Nº SES:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

Unidade de acompanhamento:

Fisioterapeuta / crefito:

Telefones para contato:

DADOS DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Data de admissão:

Data de alta:

Diagnóstico físico-funcional

Evolução

Função do aparelho respiratório (*oxigênio suplementar, dispnéia, tosse, secreção, músculos respiratórios, etc*)

() normal () alterada _

Incapacidade funcional: (*conforme escala ims*)

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

Avaliação neurológica: (*marcha, equilíbrio, tônus, reflexo, coordenação, etc.*)

Cuidados paliativos:

() fadiga oncológica () dor () linfedema () polineuropatia () fratura patológica () outros

Faz uso de próteses ou órteses:

() não () sim. qual _____

Observações

Nome do fisioterapeuta/crefito

Assinatura do fisioterapeuta/carimbo

Data:

IMS – ESCALA DE MOBILIDADE

CLASSIFICAÇÃO / DEFINIÇÃO

0 – nada (permanece deitado) Mudança de decúbito passivamente, não realiza movimentação ativa.
1 – senta na cama, exercícios na cama Movimentação ativo-assistida mas não executa mudanças de decúbito sozinho.
2 – Passa para cadeira com auxílio Transfere com auxílio de terceiros para cadeira sem ficar de pé e sem sentar beira leito.
3 – senta na beira da cama Pode ser assistido por alguém, mas possui algum controle de tronco para sentar-se ativamente
4- Fica de pé Descarrega o peso nos pés em ortostase com ou sem assistência.
5 – Transfere da cama para cadeira Capaz de dar um passo até a cadeira. Transferência do peso de uma perna para outra até a cadeira. Se obtiver ajuda para ficar de pé, precisa conseguir dar passos para a cadeira.
6 – Realiza marcha beira leito Capaz de elevar ativamente e alternadamente os membros inferiores (deve conseguir pelo menos 4 vezes , 2 em cada membro) com ou sem ajuda.
7 – Deambula com assistência de 2 ou mais pessoas Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros assistido por 2 ou mais pessoas
8 – Deambula com assistência de 1 pessoa Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros assistido por 1 pessoa.
9 – Deambula independente com auxílio de dispositivo (s) Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros com dispositivos mas sem ajuda de terceiros. Se a pessoa for cadeirante, esse nível corresponde em “tocar” a cadeira por 5 metros, sem ajuda de outra pessoa.
10 – Deambula independente sem dispositivo Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros sem dispositivos e sem auxílio de terceiros.