

QUESTIONÁRIO ATENÇÃO DOMICILIAR - PACIENTE EM DOMICÍLIO

1.

Público Alvo

i Caso deseje carregar as respostas com preenchimento automático, informe um cliente e clique em "carregar".

Carteira

Nome da pessoa

CARREGAR

LIMPAR

2.

Paciente encontra-se:

Hospitalizado Domicilio

Endereço que o paciente irá receber o atendimento:

Abrir campos de endereço

CEP:

BUSCAR CEP

ALTERAR CEP

Tipo Logradouro:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone 1:

3.

Mensagem de alerta:

⊖ ATENÇÃO

Conferir endereço cadastrado, se diferente do endereço atual, clicar em ALTERAR no campo de CEP.

4.

Programas da Atenção Domiciliar:

Paliativo Intervenção Específica

Cuidado Paliativo Domiciliar

5.

Programas da Atenção Domiciliar:

Paliativo Intervenção Específica

O paciente apresenta cuidador/familiar responsável acima de 18 anos em tempo integral?

Sim Não

6.

Paciente oncológico?

Sim Não

Diagnóstico:

7.

Mobilidade:

- Acamado Deambula com auxílio de dispositivos Deambula com auxílio de terceiros
 Deambula sem auxílio / uso de bengala

Autocuidado:

- Independente Dependente parcial Dependente total

8.

Mensagem alerta final:

 ATENÇÃO

Anexar relatório complementar, se necessário.