

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

Intervenção Específica

5.

Programas da Atenção Domiciliar:

Paliativo Intervenção Específica

6.

Mensagem alerta:

⊖ ATENÇÃO

O retorno será em até 48 horas úteis após o recebimento da solicitação.

7.

⊖ Intervenção Específica

Diagnóstico/Justificativa da Intervenção Específica:

Citar:

Antibioticoterapia Anticoagulação Fototerapia

8.

Mensagem de alerta:

ATENÇÃO

ANEXAR O RESULTADO DE EXAME DE CULTURA, SE DISPONÍVEL.

9.

Prescrição - Antibioticoterapia

* Medicamento:

* Dosagem:

* Diluição:

* Via de administração:

* Quantidade:

* Frequência:

* Duração:

* Observação:

10.

* Há necessidade de outra antibioticoterapia concomitante?

Sim Não

* Prescrição de Antibioticoterapia:

Prescrição - Antibioticoterapia 2 Prescrição - Antibioticoterapia 3

11.

Citar:

Antibioticoterapia Anticoagulação Fototerapia

Indicação de Anticoagulação?

Terapêutico Profilático Oncológico

12.

Prescrição - Anticoagulação

Medicamento:

Dosagem:

Quantidade:

Frequência:

Duração:

Observação:

13.

Citar:

Antibioticoterapia Anticoagulação Fototerapia

Data de início do atendimento:

 

Descrever o resultado do exame de bilirrubina:

14.

ATENÇÃO

Anexar relatório complementar, se necessário.