

AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO:* (M) (T) (N)
_____	_____	_____	_____	_____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO* _____ DATA NASC.:* / / SEXO:* F M

PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*

Atenção Básica Internação hospitalar Urgência e emergência CACON/UNACON Iniciativa do paciente ou terceiros Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasoenteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID-10 (principal)* _____ CID-10 (secundário) _____ CID-10 (secundário) _____

CONCLUSÃO/DESTINO *

ELEGÍVEL: (ver legenda) AD 1 AD 2 AD 3 INELEGÍVEL

<input type="radio"/> Admissão na própria Emad	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra Emad	<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:** _____

NOME SOCIAL: _____

RAÇA/COR:** Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia:** _____ Nº NIS (PIS/Pasep) _____

NOME COMPLETO DA MÃE:** _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:** _____ Desconhecido

NACIONALIDADE:** Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:** _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** _____ / / E-MAIL: _____

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP:** _____ MUNICÍPIO:** _____ UF:** _____

BAIRRO:** _____ TIPO DE LOGRADOURO:** _____ NOME DO LOGRADOURO:** _____

NÚMERO:** _____ Sem número COMPLEMENTO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: () _____ TEL. CONTATO: () _____

CUIDADOR

Não possui Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a)/Enteado(a) Pai/Mãe Avó/Avó Neto(a) Irmão(ã) Outro

CNS DO CUIDADOR _____

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. **AD 1:** usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. **AD 2:** usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. **AD 3:** usuários com os critérios de AD2 com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad

***Condicionado à resposta anterior