

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DIAG. PRINCIPAL:

**SOLICITAÇÃO MÉDICA (ESCOLHA A OPÇÃO)**

1 - ( ) Int. domiciliar - Prescrição no prontuário

2 - ( ) Agil home- (antibióticos, medicações EV/IM/SC)

3 - ( ) Terapias - (fisiot., fono, TO, psicologia, estomaterapia) especificar quantidade e frequência semanal

4 - ( ) Já foi informada a alta para atendimento domiciliar no prontuário?  Sim  Não

**INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS**

1º Tempo de inicio da doença:

2º CID:

3º Indicação Clínica:

**PRESCRIÇÃO MÉDICA (em caso de Agil home e terapias)**

Medicações	Dose	Via de administração	Horário	Início	Tempo de uso

Informações sobre alergias Sim ( ) Não ( )

Quais? \_\_\_\_\_

**GASOTERAPIA - MARQUE AS OPÇÕES INDICADAS**

Concentrador

Máscara

O2. Litros p/ min.

BIPAP

Cilindro

CPAP

Observações importantes, se necessário

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



SAD/PAD Jan/25

PAD | PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

**CAFAZ | Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais**

CNPJ 63.367.700/0001-39 . Av. Francisco Sá, 1733 - Jacarecanga, Fortaleza/CE . CEP 60.010-450 . Fone (85) 3101.2636

 [www.cafaz.org.br](http://www.cafaz.org.br)

 @cafazsaude