

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 início 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

@cafazsaude