

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DO HOME CARE

Identificação

Atendimento fora de Curitiba ou Região Metropolitana ()

Atendimento em Curitiba e Região Metropolitana ()

Nome do Paciente: _____ D/N: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: _____

Código da Carteirainha: _____

Logradouro de atendimento: _____ N° _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone do paciente: () _____ / _____

Telefone da família: () _____ / _____

Email: _____

TIPO DE SERVIÇO

- () Avaliação de novo pedido de Home Care
() Alteração de Conduta
() Solicitação de Estomias para pacientes acamados
() Solicitação para ambulatório de pele (para pacientes que necessitam de estomias/ troca de sonda vesical de demora e curativos que deambulam/cadeirantes) **exclusivo para pacientes em Curitiba e RMC**

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do Médico: _____ CRM: _____ UF: _____

Telefone de contato do médico: () _____ / _____

Email do médico: _____

Dados de origem

CID e diagnóstico principal: _____ Descrição do CID principal: _____

CID e diagnóstico secundário: _____ Descrição do CID Secundário: _____

Paciente está internado em hospital? () Sim () não Nome do Hospital: _____ Leito: _____

1. Histórico clínico

Banho¹: () sem ajuda () com ajuda parcial () com ajuda total

Vestir²: () sem ajuda () com ajuda parcial () com ajuda total

Banheiro³: () sem ajuda () com ajuda parcial () com ajuda total

Transferência⁴: () sem ajuda () com ajuda parcial () com ajuda total

Continência⁵: () sem ajuda () com ajuda parcial () com ajuda total

Alimentação⁶: () sem ajuda () com ajuda parcial () com ajuda total

Deambulação⁷: () sem ajuda () com ajuda parcial () com ajuda total

¹: paciente toma banho no chuveiro ou banheira? (mesmo com cadeira de rodas)



- ²: paciente consegue se vestir?
³: paciente consegue ir ao banheiro fazer suas necessidades fisiológicas?
⁴: paciente auxilia na transferência da cama para cadeira e vice-versa?
⁵: paciente tem autocontrole de sua eliminação de urina e fezes?
⁶: paciente dirige a comida até a boca?

2. **Alimentação parenteral?** () Sim () Não
3. **VM invasiva? Enviar gasometria** () Sim () Não
4. **VM não invasiva? Enviar espirometria dos últimos 3 meses** () Sim () Não
5. **Estado nutricional** () eutrófico () sobrepeso/emagrecido () obeso/desnutrido
6. **Dispositivos invasivos** () Traqueostomia () SNE/SNG () Gastrostomia tipo Botton
() Gastrostomia tipo Gtube () Gastrostomia endoscópica () Sonda Vesical de Demora () Cistotostomia

7. **Lesão de pele:** () Sim () Não

Se o paciente tiver lesão de pele, encaminhar foto para o

homecare@unimedcuritiba.com.br juntamente com esse formulário.

Classificação da lesão: () Lesão por pressão estágio 3 e 4 () Lesão traumática
() Lesão vasculogênica () Lesão por deiscência de sutura () Pé diabético
() Lesão neoplásica

Tempo de lesão: () Até seis meses () De 6 a 12 meses () Acima de 12 meses

Curativo especial realizado atualmente: _____

8. **Paciente esta em uso de Estomia:** () Não () Estomia temporária () Estomia permanente
Tipo de Estomia: _____ Característica: _____
Localização: _____

9. **Prescrição de Medicação Injetável (ver lista de medicação injetável abaixo)**

Medicamento: _____ Dosagem: _____
Frequência: _____ Via: _____
Data início: _____ Data fim: _____ Tratamento iniciado: () sim () não
Dia do início do tratamento: _____

Está em uso de bomba infusora para administração da medicação: () sim () não

Foco infeccioso (breve descrição): _____

10. **Acesso venoso:** () Sim () Não **Se sim, preencher o campo abaixo.**
() Acesso periférico () PICC () Cateter Hickmann () Duplo lúmen
() Cateter totalmente implantável



11. **Alergias:** () Sim () Não

Se sim, descrever qual alergia: _____

12. **Medidas antropométricas:** Peso _____ Altura _____

13. **Vou ser médico assistente do paciente no seguimento clínico pós internação hospitalar?**

() Sim () Não

Se não para questão 13, estar ciente de que:

Estou ciente de que durante a permanência do paciente no Programa de Home Care o paciente será acompanhado por equipe da Unimed Curitiba e por outros ()

Estou ciente de que durante a permanência do paciente no Programa de Home Care, poderão ser instituídos outros tratamentos médicos ao paciente, conforme necessidade e indicação ()

Declaro que todas as informações fornecidas por mim são verídicas e possuem acurácia clínica. ()

14. () Declaro que todas as informações fornecidas por mim são verídicas e possuem acuraria clínica

PADRONIZAÇÃO MEDICAMENTOS HOME CARE - UNIMED CURITIBA

CLASSE TERAPÊUTICA	MEDICAMENTO	PRINCÍPIO ATIVO/ APRESENTAÇÃO
ANALGÉSICO OPIÓIDE	Dimorf 10mg/mL	Morfina 10mg/1mL ampola
	Dimorf 2mg/2mL	Morfina 2mg/2mL ampola
	Mytedom 10mg/mL	Metadona 10mg/1mL ampola
	Tramal 50mg/mL	Tramadol 50mg/1mL ampola
ANALGÉSICO/ ANTINFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL	Novalgina 1g/2mL	Dipirona 1g/2ml - ampola
	Profenid 100mg EV	Cetoprofeno 100mg - frasco-ampola - endovenoso
ANSIOLÍTICO/SEDATIVO	Dormonid 15mg/3mL	Midazolam 15mg/3mL ampola
	Valium 10mg/2mL	Diazepam 10mg/2mL ampola
ANTIBIÓTICO	Aminoglicosídeos	
	Garamicina 80mg/2mL	Gentamicina 80mg/2mL - ampola
	Novamin 500mg/2mL	Amicacina 500mg/2mL - ampola
	Carbapenêmicos	

	Invanz 1g	Ertapenem 1 g - frasco-ampola
	Meropenem 1 g	Meropenem 1g - frasco-ampola
	Tienan 500mg	Imipinem 500mg - frasco-ampola



Cefalosporina 1ª geração	
Kefazol 1g	Cefazolina 1 g - frasco-ampola
Cefalosporinas 3ª geração	
Fortaz 1g	Ceftazidima 1g - frasco-ampola
Rocefin 1g	Ceftriaxona 1g - frasco-ampola
Rocefin 1g IM	Ceftriaxona 1g IM - frasco-ampola
Cefalosporina 4ª geração	
Maxcef 1g	Cefepima 1g - frasco-ampola
Fluorquinolonas	
Cipro 200mg/100mL	Ciprofloxacino 200mg/100mL - bolsa
Levaquin 500mg/100mL	Levofloxacino 500mg/100mL - bolsa
Glicilciclina	
Tygacil 50mg	Tigeciclina 50mg - frasco-ampola
Glicopeptídios	
Targocid 400mg	Teicoplanina 400mg - frasco-ampola
Vancocina 500mg	Vancomicina 500mg - frasco-ampola
Lincosamida	
Dalacin 600mg/4mL	Clindamicina 600mg/4mL - ampola
Lipopeptídio	
Cubicin 500mg ou Exfuno 500mg	Daptomicina 500mg - frasco-ampola
Outros agentes antibacterianos	
Bactrin 400+80mg/5mL	Sulfametoxazol 400mg+Trimetoprima 80mg /5mL - ampola
Flagyl 500mg/100mL	Metronidazol 500mg/100mL - bolsa
Oxazolidinona	
Zyvox 600mg/100mL	Linezolida 600mg/100mL - bolsa
Penicilina	
Amplacilina 1g	Ampicilina 1gr frasco-ampola
Penicilinas resistentes à penicilinas	
Staficilin 500mg	Oxacilina 500mg - frasco-ampola
Tazocin 4,5g	Piperacilina 4g + Tazobactam 500mg - frasco-ampola
Unasyn 3g	Ampicilina 2g + Sulbactam 1g - frasco-ampola

ANTICOAGULANTE	Hepamax 5000UI/mL - FA 5mL	Heparina 5000UI/mL - frasco-ampola de 5mL
ANTICONVULSIVANTE	Gardenal 200mg/mL	Fenobarbital 200mg/1mL ampola
	Valium 10mg/2mL	Diazepan 10mg/2mL ampola
ANTIEMÉTICO	Digesan 10mg/2mL	Bromoprida 10mg/2mL - ampola
	Ontrax 4mg/2mL	Ondansetrona 4mg/2mL - ampola
ANTIESPASMÓDICO	Buscopan 20mg/1mL	Escopolamina 20mg/1mL - ampola
	Buscopan composto - amp 5mL	Escopolamina 4mg+ Dipirona 500mg/mL - ampola de 5mL
ANTIFÚNGICO	Mycamine 50mg	Micafungina 50mg - frasco-ampola
	Vfend 200mg	Voriconazol 200mg - frasco-ampola
	Zoltec 200mg/100mL	Fluconazol 200mg/100mL - bolsa
ANTI-HISTAMÍNICO	Difenidrin 50mg/1mL	Difenidramina 50mg/mL - ampola
ANTIVIRAL	Cymevene 500mg	Ganciclovir 500mg - frasco-ampola
	Zovirax 250mg	Aciclovir 250mg - frasco-ampola
CORTICÓIDE	Decadron 10mg/2,5mL	Dexametasona 4mg/mL - ampola 2,5mL
	Solucortef 100mg	Hidrocortisona 100mg - frasco-ampola
	Solu-medrol 500mg	Metilprednisolona 500mg - frasco-ampola
DIURÉTICO	Lasix 20mg/2mL	Furosemida 20mg/2mL - ampola
ELETRÓLITOS	Cloreto de potássio 19,1% - ampola 10mL	Cloreto de potássio 19,1% - ampola 10mL
	Cloreto de sódio 20% - ampola 10mL	Cloreto de sódio 20% - ampola 10ml
	Glicose 50% - ampola 10mL	Glicose 50% - ampola 10mL
	Gluconato de cálcio 10% - ampola 10mL	Gluconato de cálcio 10% - ampola 10mL
	Sulfato de magnésio 10% - ampola 10mL	Sulfato de magnésio 10% - ampola 10mL
ENEMA	Clisterol 12% - 500mL	Solução de Glicerina 120mg/mL - frasco 500mL - uso retal
INIBIDOR DA SECREÇÃO GÁSTRICA	Antak 50mg/2mL	Ranitidina 50mg/2mL - ampola
	Losec 40mg	Omeprazol Sódico 40mg - frasco-ampola

MUCOLÍTICO	Fluimucil 300mg/5mL	Acetilcisteína 300mg/5mL - ampola injetável
NEUROLÉPTICO	Amplictil 25mg/5mL	Clorpromazina 25mg/5mL ampola
	Haldol 5mg/mL	Haloperidol 5mg/1mL ampola
SOLUÇÕES	Água Bidestilada 250mL	Água Bidestilada 250mL
	SF 0,9% - 10mL	SF 0,9% - 10mL
	SF 0,9% 100mL – sistema fechado	SF 0,9% 100mL – sistema fechado
	SF 0,9% 250mL – sistema fechado	SF 0,9% 250mL – sistema fechado
	SF 0,9% 500mL – sistema fechado	SF 0,9% 500mL – sistema fechado
	SG 5% 100mL – sistema fechado	SG 5% 100mL – sistema fechado
	SG 5% 250mL – sistema fechado	SG 5% 250mL – sistema fechado
	SG 5% 500mL – sistema fechado	SG 5% 500mL – sistema fechado
	Ringer com lactato 500mL	Ringer com lactato 500mL
	VITAMINA E MINERAL	Hyplex B - 2mL
Noripurum 100mg/5mL		Hidróxido de Ferro 100mg/5mL - ampola - endovenoso