

## 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

Banho<sup>1</sup>: ( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) com ajuda total

Vestir<sup>2</sup>: ( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) com ajuda total

Banheiro<sup>3</sup>: ( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) com ajuda total

Transferência<sup>4</sup>: ( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) com ajuda total

Continência<sup>5</sup>: ( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) com ajuda total

Alimentação<sup>6</sup>: ( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) com ajuda total

Deambulação<sup>7</sup>: ( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) com ajuda total

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



- <sup>2</sup>: paciente consegue se vestir?  
<sup>3</sup>: paciente consegue ir ao banheiro fazer suas necessidades fisiológicas?  
<sup>4</sup>: paciente auxilia na transferência da cama para cadeira e vice-versa?  
<sup>5</sup>: paciente tem autocontrole de sua eliminação de urina e fezes?  
<sup>6</sup>: 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](mailto: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 - <b>endovenoso</b>
ANSIOLÍTICO/SEDATIVO	Dormonid 15mg/3mL	Midazolam 15mg/3mL ampola
	Valium 10mg/2mL	Diazepam 10mg/2mL ampola
ANTIBIÓTICO	<b>Aminoglicosídeos</b>	
	Garamicina 80mg/2mL	Gentamicina 80mg/2mL - ampola
	Novamin 500mg/2mL	Amicacina 500mg/2mL - ampola
	<b>Carbapenêmicos</b>	

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



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

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

<b>MUCOLÍTICO</b>	Fluimucil 300mg/5mL	Acetilcisteína 300mg/5mL - ampola injetável
<b>NEUROLÉPTICO</b>	Amplictil 25mg/5mL	Clorpromazina 25mg/5mL ampola
	Haldol 5mg/mL	Haloperidol 5mg/1mL ampola
<b>SOLUÇÕES</b>	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
	<b>VITAMINA E MINERAL</b>	Hyplex B - 2mL
Noripurum 100mg/5mL		Hidróxido de Ferro 100mg/5mL - ampola - <b>endovenoso</b>