

**FORMULÁRIO PARA SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)**

**1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**2- CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA E DA SOLICITAÇÃO:**

Diagnóstico (relatório breve da doença):

---

---

---

---

---

---

**CID Principal:** \_\_\_\_\_

**3 - SERVIÇOS SOLICITADOS:**

( ) ENFERMAGEM: ( ) 8 Horas/dia ( ) 12 Horas/dia ( ) 24 Horas/dia

( ) FISIOTERAPIA: ( ) Motora ( ) Respiratória – Quantidade de Sessões/semana: \_\_\_\_\_/Semana

( ) FONOAUDIOLOGIA - Quantidade de Sessões/semana: \_\_\_\_\_/Semana

( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**4 –EXISTE SERVIÇO SIMILAR DE IGUAL EFICÁCIA NA REDE PUBLICA:**

( ) SIM ( ) NÃO

**5 – O SERVIÇO SOLICITADO É O ÚNICO E EFICAZ AO TRATAMENTO?**

( ) SIM ( ) NÃO

**6 - O PACIENTE JÁ ESTA FAZENDO USO DO SERVIÇO SOLICITADO?**

( ) SIM ( ) NÃO

Se afirmativo, indique quem fornece ao paciente e desde quando:

---

---

**8 – CARACTERIZAR A URGÊNCIA DO SERVIÇO SOLICITADO, DESCREVENDO AS CONSEQUÊNCIAS EVENTUAIS DO NÃO USO DO SERVIÇO PRETENDIDO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**9 – PERÍODO DO TRATAMENTO**

( ) Tratamento por tempo indeterminado

( ) Tratamento por tempo determinado \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade/UF: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

Médico

CRM