

São critérios obrigatórios para inclusão no Serviço UniDomiciliar da Unimed Goiânia:

- 1) Ser beneficiário (a) contratante da UNIMED GOIÂNIA;
- 2) O (a) paciente tenha um (a) médico (a) assistente;
- 3) O planejamento terapêutico ficará a cargo da equipe multiprofissional do Serviço UniDomiciliar;
- 4) Relatório para Oxigenoterapia e receitas em anexo.

IDENTIFICAÇÃO		
Nome do(a) Paciente:	Idade:	Início da Doença:
Diagnóstico:	CID-10:	

Solicito:

Avaliação com prazo determinado pela Equipe:

- Fonoaudiologia
- Fisioterapia
- Nutrição
- Curativo
- Médico e enfermeiro

Prescrição com prazo determinado para Intervenção Específica (receita em anexo):

- Oxigenoterapia
- Antibioticoterapia
- Receita (EV; IM; SC)

Observações Clínicas:

Checklist Médico para Alta Segura:	Checklist Enfermagem e Multidisciplinar do Hospital para Alta Segura:	Checklist de Desospitalização:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reconciliação medicamentosa; <input type="checkbox"/> Sumário de alta realizado; <input type="checkbox"/> Orientações médicas quanto à rede de apoio, caso haja piora clínica; <input type="checkbox"/> Preenchimento adequado do relatório de alta pelo médico assistente; <input type="checkbox"/> Orientado quanto ao quadro atual, implicações da doença, acompanhamento e terapias necessárias no pós-alta; <input type="checkbox"/> Orientação quanto as limitações / restrições do pós-alta; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Orientação nutricional (locais de compra de dietas/ espessantes/ suplementos); <input type="checkbox"/> Cuidados com dispositivos (uso de O², aspiração, administração de dieta, limpeza e higiene de bolsa de colostomia, dentre outros); <input type="checkbox"/> Orientações da enfermagem quanto aos cuidados com a pele, higienização corporal e realização de curativo (se houver); <input type="checkbox"/> Resumo de alta para transição do cuidado; <input type="checkbox"/> Realizado "teach back" com paciente e familiares; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Checada área de abrangência, recursos assistenciais e insumos essenciais (exemplo: mat/med) para a desospitalização junto ao Unidomiciliar; <input type="checkbox"/> Enviado manual do Unidomiciliar por e-mail/ telefone do paciente/ familiar; <input type="checkbox"/> Orientado sobre o escopo do programa, assinatura dos termos, papel da equipe domiciliar; <input type="checkbox"/> Esclarecido sobre itens fora do escopo (cuidador, aspirador, mobiliário, dieta, etc.);

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com a área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
28/06/2022	Prontuário do Paciente	Caixa box / Confidencial	Nome do Paciente	No mínimo 30 dias	20 anos	Incineração

CÓDIGO - FORM 60.317

REVISÃO - Nº 02

<p><input type="checkbox"/> Posicionamento sobre previsão de procedimentos cirúrgicos (caso seja necessário).</p>	<p><input type="checkbox"/> Verificar os critérios de alta a fim de identificar alguma problemática que venha comprometer a segurança do paciente e realizar ações para mitigar a sua ocorrência;</p> <p><input type="checkbox"/> Família orientada quanto às instruções sobre a continuidade do tratamento em casa, limitações e/ou restrições, reconhecimento de sinais e sintomas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Familiar/ cuidador capacitado, instruído e confiante no cuidado pós-alta;</p> <p><input type="checkbox"/> Modificações ambientais da residência concluídas;</p> <p><input type="checkbox"/> Equipamentos necessários para alta entregues no domicílio;</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliada necessidade de transporte de ambulância;</p> <p><input type="checkbox"/> Em caso de GCAC: avaliação da fisioterapeuta realizada, equipe assistencial completa e pronta iniciar o atendimento, entregue BIPAP no hospital e paciente adaptado há mais de 24h, entregue equipamentos no domicílio, lista de medicamentos parenterais enviada, adaptações realizadas e confirmada a disponibilização dos medicamentos, adaptações na rede elétrica e ambientais realizadas no domicílio, mobiliário e demais equipamentos adquiridos pela família;</p> <p><input type="checkbox"/> Em caso de IE: informado desvio padrão de horário (até 1h), necessidade de acesso ao domicílio (principalmente no período noturno), recebimento de ligações do setor para ajustes se necessário.</p>
---	---	--

Nome do(a) Médico(a) Assistente:

Telefone para Contato:

Assinatura/carimbo de enfermagem e/ou multidisciplinar hospital

Assinatura/ carimbo do(a) Enfermeiro(a) desospitalização

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) Assistente

Goiânia, █ de █ de █

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com a área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
28/06/2022	Prontuário do Paciente	Caixa box / Confidencial	Nome do Paciente	No mínimo 30 dias	20 anos	Incineração