

	ATENDIMENTO DOMICILIAR (para uso exclusivo de SAD)	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
TURNO*		(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)		
CNS OU CPF DO CIDADÃO <i>(para visita domiciliar pós-óbito informe o CNS do Cuidador conforme informado na avaliação de elegibilidade ou, caso não tenha, deixe em branco)</i>		CNS CPF														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	Ano															
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)		
Local de atendimento* <i>(ver legenda)</i>																
Modalidade AD: 1, 2 ou 3* <i>(ver legenda)</i>																
Tipo atendimento*	Atendimento programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Atendimento não programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Visita domiciliar pós-óbito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Condição(ões) avaliada(s) (assinale as condições avaliadas no atendimento)	Acamado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Domiciliado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Úlceras/feridas <i>(grau III ou IV)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Acompanhamento nutricional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de sonda nasogástrica - SNG	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de sonda nasoenteral - SNE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de gastrostomia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de colostomia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de cistostomia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de sonda vesical de demora - SVD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Acompanhamento pré-operatório	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Acompanhamento pós-operatório	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Adaptação ao uso de órtese/prótese	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Reabilitação domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Cuidados paliativos oncológicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Cuidados paliativos não oncológicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Oxigenoterapia domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de traqueostomia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Suporte ventilatório não invasivo - CPAP	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Diálise peritonial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Paracentese	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Medicação parenteral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	CID10 e CIAP2	CID10														
CIAP2																

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (assinale os proced. realizados)	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Antibioticoterapia parenteral		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atend./acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atend. fisioterapêutico paciente c/ transt. respiratório s/ complicações sistêmicas		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atendimento médico com finalidade de atestar óbito		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cateterismo vesical de alívio		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cateterismo vesical de demora		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Coleta de material para exame laboratorial		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cuidados com estomas		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cuidados com traqueostomia		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Enema		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Oxigenoterapia		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Sondagem gástrica		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Terapia de reidratação oral		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Terapia de reidratação parenteral		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Terapia fonoaudiológica individual		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tratamento de traumatismos de localização especif./não especificada		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tratamento em reabilitação		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Procedimentos	Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)												
		Código do SIGTAP (registre o código na vertical)												
		Código do SIGTAP (registre o código na vertical)												
		Código do SIGTAP (registre o código na vertical)												
Conduta/Desfecho*	Permanência		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alta administrativa		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alta clínica		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Óbito		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento	Atenção Básica (AD1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Serviço de Urgência e Emergência		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Serviço de Internação Hospitalar		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (**marcar X na opção desejada**)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa 11 - Hospital 12 - Unidade de Pronto-Atendimento 13 - Cacon/Unacon

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD 3: usuários com os critérios de AD2, com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).

*** Campo obrigatório**