

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO – SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)**

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>				EMAD _____	
Nome: _____				Número _____	
Data Nascimento: _____		Idade: _____			
Cuidador: _____			Telefone: _____		
Endereço: _____			Bairro: _____		
Ponto de Referência: _____					
<b>2. LOCAL DE ORIGEM</b>					
<input type="checkbox"/> UBS: _____		<input type="checkbox"/> Pronto Socorro de Pelotas		<input type="checkbox"/> UPA	
<input type="checkbox"/> Hospital: _____		<input type="checkbox"/> Outro _____			
Condições de base			Necessidades/Situações		
( ) HAS		( ) Tetraplegia/Paraplegia		( ) SNE/Gastro/Jejunostomia	
( ) DM 2		( ) Demência		( ) Curativos	
( ) Sequela AVE		( ) Lesões Por Pressão/Feridas		( ) SVD/Cistostomia	
( ) Doença Renal Crônica		( ) Dor crônica		( ) O2 domiciliar	
( ) DPOC/Asma		( )		( ) Ostomias	
( ) Depressão/Ansiedade		( )		( )	
( ) Câncer:		( ) Mtx:			
<b>Medicações:</b>			6.		
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
<b>3. MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:</b>					

Pelotas, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante