

**AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE
E ADMISSÃO**
(para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
____	____-____	____	____	/ /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURN*: (M) (T) (N)
____	____-____	____	____	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO		CNS	CPF	DATA NASC.:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
CNS OU CPF DO CIDADÃO*					

PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*

☐ Atenção Básica ☐ Internação hospitalar ☐ Urgência e emergência ☐ CACON/UNACON ☐ Iniciativa do paciente ou terceiros ☐ Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasoenteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID-10 (principal)* <input type="text"/>	CID-10 (secundário) <input type="text"/>	CID-10 (secundário) <input type="text"/>
--	--	--

CONCLUSÃO/DESTINO *	
ELEGÍVEL: (ver legenda) <input type="radio"/> AD 1 <input type="radio"/> AD 2 <input type="radio"/> AD 3	<input type="radio"/> INELEGÍVEL
<input type="radio"/> Admissão na própria Emad	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra Emad	<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO									
NOME COMPLETO:**									
NOME SOCIAL:									
RAÇA/COR:** <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena					Etnia:***		Nº NIS (PIS/Pasep)		
NOME COMPLETO DA MÃE:** <input type="checkbox"/> Desconhecido									
NOME COMPLETO DO PAI:** <input type="checkbox"/> Desconhecido									
NACIONALIDADE:** <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro					PAÍS DE NASCIMENTO:***		DATA DE NATURALIZAÇÃO: *** / /		
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:***					MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:***				
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:*** / /					E-MAIL:				

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO:**		UF:**
CEP:**				
BAIRRO:**	TIPO DE LOGRADOURO:**		NOME DO LOGRADOURO:**	
NÚMERO:**	<input type="radio"/> Sem número	COMPLEMENTO:	PONTO DE REFERÊNCIA:	

TELEFONES PARA CONTATO	
TEL. RESIDÊNCIA: ()	TEL. CONTATO: ()

CUIDADOR							CNS OU CPF DO CUIDADOR	
							CPF	CNS
<input type="radio"/> Não possui	<input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a)	<input type="radio"/> Filho(a)/Enteado(a)	<input type="radio"/> Pai/Mãe	<input type="radio"/> Avô/Avó	<input type="radio"/> Neto(a)	<input type="radio"/> Irmão(ã)	<input type="radio"/> Outro	

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

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

***Campo obrigatório**

***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad**

*** Condicionado à resposta anterior