



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

QUESTIONÁRIO PARA PEDIDO JUDICIAL DE CIRURGIA

Em atenção ao Enunciado 19¹ da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça e Enunciado 58² da II Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, solicita-se que Vossa Senhoria responda às seguintes indagações constantes do presente questionário. Fundamenta-se o presente pedido no artigo 196³ da Constituição Federal, que trata do direito de todos, e dever do Estado (União/Estados/Municípios), quanto ao acesso/execução dos serviços públicos de saúde.

DADOS DO(A) PACIENTE:

| | |
|--|-------------|
| Nome: | |
| CPF: | Cartão SUS: |
| Contato (telefone/email): | |
| Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio – Qual? _____ | |
| () SUS – Unidade de Atendimento: _____ | |

DADOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

| |
|--|
| Procedimento Cirúrgico: _____ |
| Consta na Tabela de Procedimentos do SUS: () Sim () Não |
| Há necessidade de exame(s) pré e pós-operatório(s) indispensável(is): () Sim () Não |
| Se sim, quais? _____ |
| Há necessidade de fisioterapia pós-operatória: () Sim () Não |
| Se sim, por quanto tempo? _____ |
| Há necessidade de materiais específicos para cirurgia: () Sim () Não |
| Se sim, quais? _____ |
| Os materiais cirúrgicos acima descritos constam em padronização oficial do SUS (Ex. OPM (Órteses, Próteses Materiais) ⁴ ou listas regionais/estaduais): () Sim () Não |

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o(a) paciente e que motivou(aram) a indicação do tratamento cirúrgico?

CID: _____ Doença: _____

Características da Doença:

2. Como é feito o diagnóstico dessa(s) doença(s):

() Exame(s) Clínico(s) () Exame(s) Laboratorial(is) () Exame(s) de Imagem () Outro(s)

Especifique qual(is):

¹ ENUNCIADO 19 CNJ - As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciado para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019).

² ENUNCIADO 58 CNJ – Saúde Pública – Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME /RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a **notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.**

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁴ <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/opm/>



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

3. É possível precisar desde quando o(a) paciente está no aguardo da realização da cirurgia? Se sim, indicar tempo aproximado de espera.

4. O pedido de cirurgia foi incluído no SISREG (Sistema de Regulação)? Se sim, quando?

5. A demora na realização da cirurgia, se eventualmente existente, tem gerado algum tipo de transtornos e/ou consequência(s) à saúde física e emocional do(a) paciente?

6. O(A) paciente faz e/ou fez uso de medicamentos para tratamento da moléstia que o acomete? Se sim, qual é/ou foi a finalidade⁵ dos medicamentos a que fez uso?

() Profilática () Curativa () Paliativa () Diagnóstico

7. O uso prolongado destes medicamentos tem ocasionado algum dano à saúde do(a) paciente?

() Sim - Especifique qual(is): _____ () Não

8. O tratamento cirúrgico pode ser realizado com o material(is)/prótese(s) disponibilizado(s) pelo SUS?

() Sim - Especifique qual(is): _____ () Não

8.1 Negativa a resposta, precisar qual é o material(is)/prótese(s) mais indicado(s), detalhando os motivos pelos quais aquele padronizado pelo SUS não supre a necessidade do(a) paciente:

8.2 O tratamento cirúrgico indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

() Sim* - Especifique qual(is): _____ () Não

Se negativa a resposta:

8.3 Quais as vantagens do tratamento cirúrgico proposto para o(a) paciente, incluindo a(s) prótese(s)/material(is) específico(s) ora prescrito(s), se comparado com aquele tratamento cirúrgico oferecido pelo SUS, bem como a(s) prótese(s)/material(is) padronizado(s) pela rede pública, para a(s) mesma(s) moléstia(s)?

⁵ Art. 4º da Lei n.º 5.991/73: (...)

II - Medicamento - produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

9. Qual(is) a(s) consequência(s) ao(à) paciente caso este não seja submetido ao(s) tratamento(s) cirúrgico(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo:

10. A não realização com brevidade do(s) tratamento(s) cirúrgico(s) importa em agravamento da doença?

() Sim. Justificativa: _____
() Não. Justificativa: _____

11. A não realização com brevidade do(s) tratamento(s) cirúrgico(s) importa em risco de morte?

() Sim. Justificativa: _____
() Não. Justificativa: _____

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Profissional da Medicina (CRM, Carimbo e Assinatura): _____

O presente documento, tão logo respondidas às questões, deverá ser entregue, com a brevidade/urgência que o caso requer, diretamente ao(à) paciente, ou ao(à) seu(ua) representante, e tem o intuito de instruir ação judicial, com pedido de liminar, para obtenção do tratamento prescrito, não fornecido pela Rede Pública. Informo que eventual negativa de seu preenchimento levará a Defensoria Pública a requerer sua notificação judicial, para prestar os devidos esclarecimentos sobre o tratamento proposto, em processo a ser oportunamente movido junto ao Poder Judiciário.

Com vistas a facilitar as respostas ao questionário, informa-se que poderão as questões ser respondidas também de forma digital. Para tanto, este documento poderá ser enviado ao e-mail do(a) médico(a) assistente, bastando que o(a) profissional da saúde requeira sua disponibilização através de pedido endereçado ao seguinte e-mail: hiramn@defensoria.ms.gov.br. Observação: Neste caso, solicita-se que a entrega do questionário, preenchido e assinado, seja efetuada ao(à) próprio(a) paciente ou ao(à) seu(ua) representante, para posterior entrega à Defensoria Pública.

PARA PREENCHIMENTO PELO(A) PACIENTE:

O(A) paciente possui convenio particular de saúde? () Não () Sim. Qual? _____
Em caso afirmativo, houve tentativa de obter a cirurgia pelo convênio? () Sim () Não
Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

O(A) paciente buscou obter a cirurgia pelo SUS? () Sim () Não
Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo:

() Sim () Não

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente: _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

QUESTIONÁRIO PARA PEDIDO JUDICIAL DE EXAMES

Tendo em vista que a Defensoria Pública Estadual cuida-se de instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, prestar assistência jurídica integral e gratuita em favor do(s) necessitado(s), nos moldes do que prevêem os artigos 5º, LXXIV¹, e 134, caput², da Constituição Federal, solicita-se que Vossa Senhoria, com fulcro no Enunciado n.19, CNJ³, que responda às seguintes indagações constantes do presente questionário. Fundamenta-se o presente pedido, também, no artigo 196⁴ da Constituição Federal, que trata do direito de todos, e dever do Estado (União/Estados/Municípios), quanto ao acesso/execução dos serviços públicos de saúde.

*IMPORTANTE: O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, conforme disposto pelo Art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM N° 1931/2009).*

DADOS DO(A) PACIENTE:

| | |
|---------------------------|-------------|
| Nome: | Idade: |
| RG: | CPF: |
| Contato (telefone/email): | Cartão SUS: |
| | Prontuário: |

DADOS DO EXAME:

| |
|--|
| Nome do Exame: _____ |
| Classificação do Exame: () Laboratorial () Imagem () Outros – Qual? _____ |
| Consta na Tabela de Procedimentos do SUS: () Sim () Não |

1. Qual(is) a(s) hipótese(s) diagnóstica(s) e/ou a(s) doença(s) que acomete(m) o(a) paciente, que motivou(aram) a prescrição do exame?

Hipótese Diagnóstica/Doença: _____ CID: _____
Características da Doença: _____

2. Justifique sucintamente as razões para realização do exame solicitado e sua real necessidade para confirmação do diagnóstico do(a) paciente:

3. Tratando-se de exame coberto pelo SUS, indique a data em que a solicitação foi inserida na Regulação, bem como o código de solicitação correspondente: ____/____/_____
Solicitação n.º _____

¹ LXXIV - a Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

² Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014)

³ ENUNCIADO 19 CNJ - As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciada para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais. (Redação dada pela III Jornada de Direita da Saúde - 18.03.2019).

⁴ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

4. Tratando-se de exame sem cobertura pelo SUS, existem outros exames oferecidos pela rede pública capazes de confirmar o diagnóstico do paciente? Se afirmativa a resposta, qual(is)?

5. As alternativas oferecidas pelo SUS (exames) já foram utilizadas? () Sim () Não.

Caso afirmativo, qual(is)? _____

5.1 Especifique o(s) resultado(s) obtido(s):

Em caso negativo:

5.2 Justifique por qual(is) motivo(s) não foi(ram) indicado(s) o(s) exame(s) oferecido(s) pela rede pública de saúde:

6. Quais as vantagens do exame proposto para o(a) paciente se comparado com aquele(s) oferecido(s) pelo SUS?

7. Qual(is) a(s) consequência(s) ao(à) paciente caso este não realize o exame(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo:

8. A não realização imediata do(s) exame(s) importa, pela falta de confirmação do diagnóstico e/ou do tratamento adequados ao caso, no agravamento da doença e/ou hipótese diagnóstica do(a) paciente?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

9. A não realização imediata do(s) exame(s) importa, pela falta de confirmação do diagnóstico e/ou do tratamento adequado(s) ao caso, em risco de morte?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

10. Considerações Finais:

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Profissional da Medicina (CRM, Carimbo e Assinatura): _____

O presente documento, tão logo respondidas às questões, deverá ser entregue, **com a máxima urgência que o caso requer**, diretamente ao(à) paciente ou, na impossibilidade deste recebê-lo, ao(à) seu(ua) representante, e tem o intuito de instruir ação judicial, com pedido de liminar, para obtenção do exame pretendido, não fornecido pela Rede Pública.

Com vistas a facilitar as respostas ao questionário, informa-se que poderão as questões ser respondidas também de forma **digital**. Para tanto, este documento poderá ser enviado ao e-mail do(a) médico(a) assistente, bastando que o(a) profissional da saúde requeira sua disponibilização através de pedido endereçado ao seguinte e-mail: **hiramn@defensoria.ms.gov.br**. Observação: Neste caso, solicita-se que a entrega do questionário, preenchido e assinado, seja efetuada ao(à) próprio(a) paciente ou ao(à) seu(ua) representante, para posterior entrega à Defensoria Pública.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

PARA PREENCHIMENTO PELO(A) PACIENTE:

O(A) paciente possui convenio particular de saúde? () Não () Sim. Qual? _____
Em caso afirmativo, houve tentativa de obter o exame pelo convênio? () Sim () Não
Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

O(A) paciente buscou obter o exame pelo SUS? () Sim () Não
Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo:

() Sim () Não

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente: _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

QUESTIONÁRIO PARA PEDIDO JUDICIAL DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

Em atenção ao Enunciado 19¹ da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça e Enunciado 58² da II Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, solicita-se que Vossa Senhoria responda às seguintes indagações constantes do presente questionário. Fundamenta-se o presente pedido no artigo 196³ da Constituição Federal, que trata do direito de todos, e dever do Estado (União/Estados/Municípios), quanto ao acesso/execução dos serviços públicos de saúde.

DADOS DO(A) PACIENTE:

| | |
|--|-------------|
| Nome: | Idade: |
| CPF: | Cartão SUS: |
| Contato (telefone/email): | |
| Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio – Qual? _____ | |
| () SUS – Unidade de Atendimento: _____ | |

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

| |
|--|
| Tipo de fralda descartável: () Infantil () Infanto-juvenil () Geriátrica |
| Tamanho: () P () M () G () XG () XXG () Outro(s): _____ |
| Quantidade (trocas diárias): _____ unidades/dia. Duração do Tratamento: _____ |
| Justificativa médica (nos casos em que há necessidade superior a 04 trocas diárias): _____ _____ |
| É necessário uso de marca específica?: () Sim () Não Em caso afirmativo, qual?: _____ |
| Justificativa da marca ⁴ : _____ _____ _____ |

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o(a) paciente e que originou(aram) a prescrição?

CID: _____ Doença: _____

Características da Doença:

2. Como é feito o diagnóstico dessa(s) doença(s):

() Exame(s) Clínico(s) () Exame(s) Laboratorial(is) () Exame(s) de Imagem () Outro(s)

Especifique qual(is):

¹ ENUNCIADO 19 CNJ – As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciado para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019).

² ENUNCIADO 58 CNJ – Saúde Pública – Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME /RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescriptor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁴ **Havendo prescrição de uma marca específica de fraldas é necessária justificativa médica expressa que indique as razões para o seu uso, relatando a impossibilidade de utilização de outras marcas existentes no mercado, bem como elencar os motivos.**



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

3. Qual a finalidade do uso das fraldas descartáveis? Justificar, de forma sucinta, as razões que motivaram sua prescrição:

4. Qual(is) a(s) consequência(s) ao(à) paciente caso não utilize a(s) fralda(s) indicada(s)?

5. A não utilização imediata da(s) fralda(s) importa em agravamento e/ou piora da doença?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

6. Considerações Finais:

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Profissional da Medicina (CRM, Carimbo e Assinatura): _____

O presente documento, tão logo respondidas às questões, deverá ser entregue, **com a brevidade/urgência que o caso requer**, diretamente ao(à) paciente, ou ao(à) seu(ua) representante, e tem o intuito de instruir ação judicial, com pedido de liminar, para obtenção das fraldas prescritas, não fornecidas pela Rede Pública. Informo que eventual negativa de seu preenchimento levará a Defensoria Pública a requerer sua **notificação judicial, para prestar os devidos esclarecimentos sobre o tratamento proposto, em processo a ser oportunamente movido junto ao Poder Judiciário.** Com vistas a facilitar as respostas ao questionário, informa-se que poderão as questões ser respondidas também de forma **digital**. Para tanto, este documento poderá ser enviado ao e-mail do(a) médico(a) assistente, bastando que o(a) profissional da saúde requeira sua disponibilização através de pedido endereçado ao seguinte e-mail: **hramn@defensoria.ms.gov.br**. Observação: Neste caso, solicita-se que a entrega do questionário, preenchido e assinado, seja efetuada ao(à) próprio(a) paciente ou ao(à) seu(ua) representante, para posterior entrega à Defensoria Pública.

PARA PREENCHIMENTO PELO(A) PACIENTE:

O(A) paciente possui convenio particular de saúde? () Não () Sim. Qual? _____
Em caso afirmativo, houve tentativa de obter as fraldas pelo convênio? () Sim () Não
Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

O(A) paciente buscou obter as fraldas pelo SUS? () Sim () Não
Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo:

() Sim () Não

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente: _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

QUESTIONÁRIO PARA PEDIDO JUDICIAL DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)

DADOS DO(A) PACIENTE:

| | |
|---------------------------|-------------|
| Nome: | Idade: |
| RG: | CPF: |
| Cartão SUS: | Prontuário: |
| Contato (telefone/email): | |

1. SITUAÇÃO CLÍNICA:

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------------------|----|-------------------------|------|----------|---------|
| Diagnóstico: _____ CID: _____ | | | | | | | |
| Estado Geral: _____ | | Estado Nutricional: _____ | | Avaliação Física: _____ | | | |
| PA | T | FR | FC | SaTO ² | PESO | GLICEMIA | GLASGOW |
| | | | | | | | |

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: () RESIDÊNCIA () UPA-CRS () HOSPITAL () UBS-UBSF () OUTROS: _____
CONDIÇÕES DE LOCOMOÇÃO: () DEAMBULANDO () COM AUXÍLIO () MULETAS () CADEIRA DE RODAS
() MACA () ACAMADO () OUTROS: _____

1.1 Diagnóstico Clínico da internação: _____

1.2 Evolução do quadro clínico: _____

1.3 Alta Hospitalar: _____

1.4 Exames relevantes realizados durante a internação:

ECG() ECO() EEG() US() _____ TC() _____
RNM() _____ RX() _____ Outros: _____

1.5 Medicções de Alta Hospitalar:

Inalação: () Não () Sim Antibiótico: () Não () Sim Medicação de uso contínuo: () Não () Sim
Outros: _____

| ADMINISTRAR MEDICAÇÕES CONFORME QUADRO ABAIXO (PRESCRIÇÃO MÉDICA) | | | |
|--|------|-----|---------|
| MEDICAÇÃO | DOSE | VIA | HORÁRIO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Obs.: Anexar receituário médico correspondente às medicações prescritas.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

1.6 Serviços de Atenção Domiciliar necessários ao(a) paciente:

Considerando o **quadro clínico** do(a) paciente, indique quais são os serviços multiprofissionais de *Home Care* necessários ao seu tratamento que só podem ser administrados por profissionais de saúde com formação e atribuições previstas em regulamentação específica emitida por Conselho de Classe (desconsiderando os serviços que podem ser oferecidos por cuidador ou familiar treinado), bem como a periodicidade destes tratamentos:

- a. () **Técnico de Enfermagem (se indicado, OBRIGATÓRIO preencher a TABELA ABEMID em anexo):**
- I. () Paciente não elegível;
 - II. () 06 horas/dia – baixa complexidade;
 - III. () 12 horas/dia – média complexidade;
 - IV. () 24 horas/dia – alta complexidade;
- b. () **Enfermeiro:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- c. () **Médico Visitador:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
Especialidade médica indicada: _____.
- d. () **Fisioterapia:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- e. () **Fonoaudiologia:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- f. () **Nutricionista:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- g. () **Odontólogo:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- h. () **Psicólogo:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- i. () **Farmacêutico:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- j. () **Terapeuta Ocupacional:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.
- k. () **Assistente Social:** () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente – Quantas vezes? _____.

1.7 Em uso de:

Sonda Vesical de demora: () Não () Sim – Necessita de troca quando? _____

Sonda Nasogástrica: () Não () Sim – Necessita de troca quando? _____

Sonda Nasoenteral: () Não () Sim – Necessita de troca quando? _____

Gastrostomia: () Não () Sim – Necessita de troca quando? _____

Bolsa de Colostomia: () Não () Sim – Necessita de troca quando? _____

Oxigênio: () Não () Sim – Prescrição: _____

1.8 A não disponibilização do Home Care importa em agravamento do quadro clínico atual?

() Não () Sim – Justifique: _____

1.9 Existe risco de morte se o Home Care não for disponibilizado?

() Não () Sim – Justifique: _____

1.10 Considerações Finais (se julgar necessário):

Local: _____, _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Profissional da Medicina (CRM, Carimbo e Assinatura): _____

** O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com LETRA LEGÍVEL, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica¹ (Resolução CFM Nº 1931/2009).*

¹ É vedado ao médico:

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID

Efetuada em ___/___/___

| Nome do Paciente: | | Complexidade: |
|---|--|-------------------|
| Idade: | Programação em dias de atendimento - 24 h: | |
| Convênio: | Programação em dias de atendimento - 12 h: | |
| Matrícula: | Programação em dias de atendimento - 06 h: | |
| Diagnóstico Principal: | | |
| Diagnóstico Secundário: | | |
| Descrição | Itens da Avaliação | Pontos atribuídos |
| Suporte Terapêutico | Sonda Vesical Permanente | 1 |
| | Sonda Vesical Intermitente | 2 |
| | Traqueostomia sem Aspiração | 2 |
| | Traqueostomia com Aspiração | 5 |
| | Aspiração de Vias Aéreas Sup. | 3 |
| | Acesso Venoso Prof. Contínuo | 5 |
| | Acesso Venoso Intermitente | 4 |
| | A. Venoso Penférico Contínuo | 5 |
| | Diálise Domiciliar | 5 |
| Quimioterapia | Oral | 1 |
| | Sub Cutânea | 3 |
| | Intra Venosa | 5 |
| | Intra Tecal | 5 |
| Suporte Ventilatório | O ² Intermitente | 2 |
| | O ² Contínuo | 3 |
| | Ventilação Mec. Intermitente | 4 |
| | Ventilação Mecânica Contínua | 5 |
| Lesão Vascular/Cutânea | Úlcera de Pressão Grau I | 2 |
| | Úlcera de Pressão Grau II | 3 |
| | Úlcera de Pressão Grau III | 4 |
| | Úlcera de Pressão Grau IV | 5 |
| Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos | Independente | 0 |
| | Semi-Dependente | 2 |
| | Dependente Total | 5 |
| Dependência de Reabilitação Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias | Independente | 0 |
| | Dependente | 2 |
| Terapia Nutricional | Suplementação Oral | 1 |
| | Gastrostomia | 2 |
| | SNE | 3 |
| | Jejuno Ileo | 3 |
| | Nutrição Parenteral Total | 5 |
| Classificação dos Pacientes | | TOTAL |
| Inferior a 07 pontos | Paciente não elegível para Internação Domiciliar | |
| De 08 à 12 pontos | Baixa Complexidade | |
| De 13 à 18 pontos | Média Complexidade | |
| Acima de 19 pontos | Alta Complexidade | |
| Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade | | |
| Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade | | |
| Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos | | |
| Assinatura e carimbo: | | Data: |



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

| |
|--|
| OBSERVAÇÕES: |
| I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária: |
| 1- Entende-se por paciente independente aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado |
| 2- Entende-se por parcialmente dependente , aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo: a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros. b) Apresenta nível de consciência com confusão mental. c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente. d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários. |
| 3- Entende-se por totalmente dependente , aquele que: a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias b) apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado a necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar. c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo. d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O . |
| II) Quanto a Classificação: |
| a) Se o somatório de pontos obtidos for menor ou igual a 07 pontos , o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar; b) Se o somatório de pontos obtidos for de 08 a 12 pontos , o paciente será considerado de Baixa Complexidade; c) Se o somatório de pontos obtidos for de 13 a 18 pontos , o paciente será considerado de Média Complexidade; d) Se o somatório de pontos obtidos for igual ou superior a 19 pontos , o paciente será considerado de Alta Complexidade; e) Ao obter 01 pontuação 5, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade; f) Ao obter 02 ou mais pontuações 5 , o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas). |
| Obs.: 1 - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados a coluna SUPORTE TERAPÊUTICO , os pontos NÃO se somam, SEMPRE prevalecendo o item de MAIOR pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE |
| Obs.: 2 - Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h |
| Obs.: 3 - Entende-se por DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h |

PARA PREENCHIMENTO PELO(A) REPRESENTANTE LEGAL DO PACIENTE, CASO ESTE ESTIVER SEM CONSCIÊNCIA:

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo:

() Sim () Não

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente ou representante legal: _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

2. JUSTIFICATIVAS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR:

O preenchimento destes itens deve ser realizado **OBRIGATORIAMENTE** por cada profissional indicado.

2.1 Fisioterapia: () Não () Sim – Justificativa: _____

Fisioterapeuta (CREFITO, Carimbo e Assinatura): _____

2.2 Fonoaudiologia: () Não () Sim – Justificativa: _____

Fonoaudiólogo(a) (CREFONO, Carimbo e Assinatura): _____

2.3 Terapia Ocupacional: () Não () Sim – Justificativa: _____

Terapeuta Ocupacional (COFFITO, Carimbo e Assinatura): _____

2.4 Nutricionista: () Não () Sim – Justificativa: _____

Nutricionista (CRN, Carimbo e Assinatura): _____

2.5 Psicólogo: () Não () Sim – Justificativa: _____

Psicólogo(a) (CRP, Carimbo e Assinatura): _____

2.6 Odontólogo: () Não () Sim – Justificativa: _____

Odontólogo(a) (CRO, Carimbo e Assinatura): _____

2.7 Farmacêutico: () Não () Sim – Justificativa: _____

Farmacêutico(a) (CRF, Carimbo e Assinatura): _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

2.8 Enfermeiro: () Não () Sim – Justificativa: _____

Enfermeiro(a) (COREN, Carimbo e Assinatura): _____

2.9 Técnico de Enfermagem: () Não () Sim – Justificativa _____

Técnico(a) de Enfermagem (COREN, Carimbo e Assinatura): _____

2.10 Assistente Social: () Não () Sim – Justificativa _____

Assistente Social (CRESS, Carimbo e Assinatura): _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

3. ASSISTÊNCIA NECESSÁRIA AO(À) PACIENTE (PREENCHIMENTO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM):

3.1 Higienização:

- () Realizar banho no leito ou encaminhar ao banho de chuveiro/banheira, com sabonete neutro e água morna, 1 x ao dia ou mais se houver necessidade.
- () Realizar a limpeza do couro cabeludo e cabelo com shampoo e água morna, com movimentos circulares suaves realizados com as polpas digitais.
- () Realizar limpeza em região de genitália externa, perineal e perianal com sabonete neutro e água morna durante o banho e a cada troca de fraldas.
- () Realizar lavagem nasal com SF 0,9% ___ ML e gazes 1x ao dia, preferencialmente pela manhã ou quando houver necessidade (obstrução nasal por coriza).
- () Realizar limpeza oral com “bonequinhos” de gaze, água e solução dentifrícia na proporção 3:1, após as refeições ou conforme necessidade.

3.2 Conforto e Segurança:

- () Observar e se necessário lixar as unhas das mãos e pés em forma quadrada (retas).
- () Realizar emulsificação de lábios, pés, cotovelos e proeminências ósseas com a aplicação de óleo de canola ou de girassol, após o banho.
- () Realizar massagem no sentido do retorno venoso em todo o corpo com auxílio de óleo de girassol, óleo de canola ou creme hidratante; 2x dia. 08:00 e 20:00.
- () Manter cabeceira de cama/berço elevada a 30°.
- () Manter proteção nas laterais da cama/berço com auxílio de coxins.
- () Atentar quanto a presença de objetos na cama/berço como: álcool, agulhas, pomadas, etc...).
- () Estimular e auxiliar na deambulação.
- () Manter membros edemaciados elevados com auxílio de coxins.

3.3 Prevenção de Úlceras:

- () Manter colchão de ar continuamente.
- () Manter coxins em proeminências ósseas, afim de aliviar a pressão.
- () Manter os lençóis do berço/cama sempre limpos, secos e esticados.
- () Realizar mudança de decúbito com auxílio de coxins de 2/2h.

3.4 Manutenção de Dispositivos e Curativo:

() Traqueostomia:

() Sonda Nasoenteral/ Nasogástrica:

() Gastrostomia:

() Colostomia:



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

() Ferida Operatória:

() Feridas/úlceras:

() Portocath/Intracath:

() Outros:

3.5 Administração de Medicamentos e Dietas:

- () Via Oral
- () Gastrostomia
- () Sonda gástrica/enteral

3.6 Administração de Dietas e líquidos:

- () Respeitar os horários de alimentação.
- () Na presença de episódios de vômitos lateralizar a cabeça do paciente imediatamente, e após realizar higienização oral.
- () Manter cabeceira da cama/berço elevada a 45 durante infusão da dieta e 30 minutos após.
- () Lavar a sonda com ___ ML de água filtrada com o auxílio de uma seringa, após cada dieta.
- () Comunicar equipe do PSF na presença de diarreia, constipação e vômitos frequentes.
- () Contatar nutricionista para adequar dieta.
- () Encaminhar o paciente até um posto de saúde para verificar o posicionamento gástrico da sonda após episódios de tosse ou vômitos.
- () Trocar SNG no posto de saúde conforme avaliação da equipe do PSF.

3.7 Aspiração de secreções:

- () Realizar aspiração de vias aéreas (traqueostomia, nariz ou boca) sempre que necessário com sondas n.º: ____/____/____.
- () Trocar a fixação de traqueostomia sempre que houver sujidades.
- () Realizar limpeza ao redor da traqueostomia com SF 0,9% e gazes estéreis.
- () Realizar limpeza da endocânula (removível) com água e sabão neutro 1x dia.

3.8 Eliminação Fisiológicas:

- () Manter o uso de fralda continuamente.
- () Na presença de assaduras, emulsificar a região afetada com óleo de girassol ou canola após cada higiene e troca de fralda.

Enfermeiro(a) (COREN, Carimbo e Assinatura): _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

4. MARQUE OS EQUIPAMENTOS E APARELHOS PARA SUPORTE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO(A) PACIENTE (PREENCHIMENTO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM):

| APARELHOS/EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES | SIM | NÃO | JUSTIFICAR EVENTUAL INDICAÇÃO DE MARCA/MODELO |
|--|-----|-----|---|
| CAMA HOSPITALAR | | | |
| COLCHÃO HOSPITALAR | | | |
| VENTILAÇÃO MECÂNICA | | | |
| CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO | | | |
| CILINDRO DE OXIGÊNIO | | | |
| ASPIRADOR DE SECREÇÃO | | | |
| INALADOR | | | |
| GLICOSÍMETRO | | | |
| ESFIGMAMÔMETRO | | | |
| OXÍMETRO | | | |
| TERMÔMETRO | | | |
| CADEIRA DE RODAS | | | |
| CADEIRA DE BANHO | | | |
| OUTROS: | | | |

5. MARQUE OS MATERIAIS E INSUMOS DE USO CONTÍNUO E A QUANTIDADE NECESSÁRIA AO(À) PACIENTE:

| MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR PARA PACIENTES ACAMADOS | | | |
|--|-------------------|---|--|
| QUANTIDADE SOLICITADA | UNIDADE DE MEDIDA | MATERIAL | QUANTIDADE MÁXIMA PADRONIZADA PELA SESAU |
| | PCT | ABAIXADOR DE LÍNGUA- PCT C/ 100 UNID | 01 |
| | RL | ALGODÃO 250 GRAMAS | 02 |
| | RL | ALGODÃO 500 GRAMAS | 01 |
| | PCT | ATADURA DE CREPE 12 CM – PCT C/ 12 UNID | 05 |
| | PCT | ATADURA DE CREPE 15 CM – PCT C/ 12 UNID | 05 |
| | PCT | ATADURA DE CREPE 20 CM – PCT C/ 12 UNID | 05 |
| | UNID | CATETER NASAL TIPO ÓCULOS | 15 |
| | UNID | COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO | 02 |
| | UNID | COLETOR DE URINA 2000 ML | 40 |



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

| | | | |
|--|------|---|-----|
| | PCT | COMPRESSA DE GAZE DE 5 DOBRAS – PCT C/ 500 UNID | 01 |
| | PCT | COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL – PCT C/ 10 UNID | 90 |
| | RL | COMPRESSA DE GAZE TIPO QUEIJO | 01 |
| | PCT | CURATIVO CIRURGICO ESTÉRIL 10 X 15 CM | 60 |
| | PCT | CURATIVO CIRURGICO ESTÉRIL 15 X 30 CM | 60 |
| | UNID | EQUIPO PARA ALIMENTAÇÃO | 40 |
| | RL | ESPARADRAPO | 01 |
| | UNID | FRASCO PARA ALIMENTAÇÃO | 40 |
| | RL | FITA HOSPITALAR | 02 |
| | RL | FITA MICROPORE DE 2,5 CM | 04 |
| | CX | LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G – CX C/ 100 UNID | 02 |
| | CX | LUVA PROCEDIMENTO TAMANHO M – CX C/ 100 UNID | 02 |
| | CX | LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P – CX C/ 100 UNID | 02 |
| | PAR | LUVA ESTÉRIL TAMANHO Nº 7,0 | 04 |
| | PAR | LUVA ESTÉRIL TAMANHO Nº 7,5 | 04 |
| | PAR | LUVA ESTÉRIL TAMANHO Nº 8,0 | 04 |
| | PAR | LUVA ESTÉRIL TAMANHO Nº 8,5 | 04 |
| | PCT | LUVA DE TOQUE – PCT C/ 100UNID | 02 |
| | CX | MÁSCARA DESCARTÁVEL | 01 |
| | UNID | SERINGA DE 03 ML | 30 |
| | UNID | SERINGA DE 05 ML | 30 |
| | UNID | SERINGA DE 10 ML | 30 |
| | UNID | SERINGA DE 20 ML | 40 |
| | UNID | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06 | 120 |
| | UNID | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08 | 120 |
| | UNID | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10 | 120 |
| | UNID | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12 | 120 |
| | UNID | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14 | 120 |
| | UNID | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 16 | 120 |
| | UNID | SONDA FOLLEY Nº 12 | 02 |
| | UNID | SONDA FOLLEY Nº 14 | 02 |
| | UNID | SONDA FOLLEY Nº 16 | 02 |
| | UNID | SONDA FOLLEY Nº 18 | 02 |
| | UNID | SONDA FOLLEY Nº 20 | 02 |
| | UNID | SONDA FOLLEY Nº 22 | 02 |
| | UNID | SONDA NASOENTERAL Nº 08 | 01 |
| | UNID | SONDA NASOENTERAL Nº 10 | 01 |
| | UNID | SONDA NASOENTERAL Nº 12 | 01 |



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

| | | | |
|--|------|--------------------------|----|
| | UNID | SONDA NASOGASTRICA Nº 12 | 02 |
| | UNID | SONDA NASOGASTRICA Nº 14 | 02 |
| | UNID | SONDA NASOGASTRICA Nº 16 | 02 |
| | UNID | SONDA URETRAL Nº 06 | 40 |
| | UNID | SONDA URETRAL Nº 08 | 40 |
| | UNID | SONDA URETRAL Nº 10 | 40 |
| | UNID | SONDA URETRAL Nº 12 | 40 |
| | UNID | SONDA URETRAL Nº 14 | 40 |
| | UNID | SONDA URETRAL Nº 16 | 40 |
| | UNID | UROPEN Nº 05 | 30 |
| | UNID | UROPEN Nº 06 | 30 |
| | UNID | UROPEN Nº 08 | 30 |

Justificativa para o caso de paciente que necessita de insumos em quantidade maior que a padronizada pela Rede Pública de Saúde, conforme parâmetros acima tabelados:

Enfermeiro(a) (COREN, Carimbo e Assinatura): _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

6. Avaliação Social:

6.1 Situação Habitacional:

Tipo: _____ Alugada () Própria () Cedida () Financiada () Nº Cômodos _____
Nº de pessoas que residem: _____ Grau de Parentesco: _____
Possui: Água () Luz () Fone () Saneamento ()

6.2 Situação Econômica e familiar:

Profissão: _____ Renda: _____ Vínculo Previdenciário: Sim () Não ()
Desempregado: Sim () Não () Recebe seguro desemprego: Sim () Não ()
Aposentado: Sim () Não () É arrimo de família: Sim () Não ()
Recebe algum benefício: Sim () Não () Tipo do benefício: _____
Possui filhos: Sim () Não () Quantos: _____ Quantos trabalham: _____
Renda Familiar: Até 1 salário mínimo () ½ salários mínimos () 2/4 salários mínimos ()

6.3 Pessoas que receberão orientações da Equipe Multiprofissional do hospital/ PSF/UBSF:

6.3.1 _____ Grau de parentesco: _____
6.3.2 _____ Grau de parentesco: _____
6.3.3 _____ Grau de parentesco: _____

6.4 Como foi a participação da família no acompanhamento com relação as orientações e treinamentos realizada pela Equipe Multiprofissional do hospital?

Assistente Social (CRESS, Carimbo e Assinatura): _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

INFORMAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DESTE QUESTIONÁRIO:

O que são Serviços de Atenção Domiciliar (*Home Care*)?

O Serviço de Atenção Domiciliar é o atendimento continuado, em domicílio, realizado quando o paciente apresenta estado de saúde que necessita de cuidados complexos e específicos, tais como os que são ofertados em ambiente hospitalar, e que só podem ser administrados por profissionais de saúde com formação e atribuições previstas em regulamentação específica emitida por Conselho de Classe.

Também conhecido como *home care*, esse tipo de tratamento conta com atendimento de equipe multiprofissional, uso de equipamentos, dietas, materiais, medicamentos, insumos médico-hospitalares, entre outros necessários ao paciente em seu domicílio de maneira temporária ou definitiva.

Vantagens para o(a) Paciente/Família: Ver, sentir e cuidar do familiar (paciente) na própria residência, com todos os recursos hospitalares, sem necessidade de deslocamento para o hospital em horário predeterminado, ou, como é comum, sem ter de pernoitar por longo período no hospital. Diminuição do tempo despendido e dos custos com locomoção e estacionamento, sem considerar os riscos inerentes ao deslocamento e o consequente estresse. Melhor acompanhamento da evolução do estado de saúde do paciente, por meio dos serviços prestados em caráter particular.

Vantagens para o Município/Estado: Liberação de leitos, contribuindo para aumentar a oferta de vagas para internação. Diminuição dos custos financeiros, notadamente nos casos em que o paciente permanece internado além do período necessário à realização dos exames e procedimentos indispensáveis ao diagnóstico da enfermidade e estabilização do mesmo.

Portaria n.º 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde

Ao definir as diretrizes desses Serviços de Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Portaria n.º 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, em seus Arts.º 17 e 18, determina que os **Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)** podem ser oferecidos pelos seguintes profissionais: **I. Médico(s); II. Enfermeiro(s); III. Profissionais Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem; IV. Fisioterapeuta(s); V. Fonoaudiólogo; VI. Nutricionista; VII. Odontólogo; VIII. Psicólogo; IX. Farmacêutico; X. Terapeuta Ocupacional; XI. Assistente(s) Social(is);**

Além destes profissionais, em atenção ao princípio da integralidade que rege o direito fundamental à saúde na forma insculpida pela Constituição Federal, ainda que não sejam preconizados pela Portaria n.º 825/GM/MS, também podem ser incluídos no Suporte de Atenção Domiciliar, desde que essenciais à manutenção da saúde do paciente em seu domicílio, o(s) seguinte(s) tratamento(s): **I. Equipamentos (ventiladores mecânicos, cama e colchão hospitalar, aspiradores de secreção, inaladores, etc.); II. Materiais (sondas, gazes, frascos, equipos, esparadrapos, fraldas, etc.); III. Dietas e Suplementos Nutricionais; IV. Medicamentos;**

Crítérios para Concessão dos Serviços de Atenção Domiciliar

Nos termos da referida Portaria Ministerial, a disponibilização destes tratamentos deve observar a gravidade do caso (que pode ser de baixa, média ou alta complexidade), habilitando o paciente para receber essa Atenção Domiciliar (AD²) em **três modalidades: a. Atenção Domiciliar 1 (AD 1) – baixa complexidade; b. Atenção Domiciliar 2 (AD 2) – média complexidade; c. Atenção Domiciliar 3 (AD 3) – alta complexidade;**

² A **Atenção Domiciliar** é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. (Art. 5º da Portaria n.º 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016).



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AOS IDOSOS – NASPI

Considera-se elegível, na **modalidade AD 1**, o usuário que, tendo indicação de atenção domiciliar, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

Na **modalidade AD 2**, considera-se elegível o usuário que, tendo indicação de atenção domiciliar, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: *I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.*

Na **modalidade AD 3**, considera-se elegível, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial

Para enquadramento do paciente nas modalidades dos Serviços de Atenção Domiciliar previstas pelo Ministério da Saúde, utilizaremos a Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial (em anexo), escala desenvolvida pela Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID), que, baseada em critérios técnicos, estabelece uma pontuação que determina a necessidade ou não do tratamento multiprofissional em regime domiciliar e o grau de complexidade necessário.

Trata-se de escala totalmente baseada nas condições de saúde e suporte profissional de que o paciente necessita, levando-se em consideração condições como: **1. Uso de sonda; 2. Presença de traqueostomia ou acesso venoso; 3. Realização de quimioterapia; 4. Necessidade de suporte ventilatório; 5. Presença de lesão vascular ou cutânea; 6. Grau de dependência na realização de atividades pessoais básicas diárias; 7. Capacidade ou não de locomoção e a necessidade de terapias seriadas como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outras.**

Cada uma dessas informações corresponde a uma pontuação específica que, ao final, permite ao avaliador determinar, com base no número de pontos obtidos, se há indicação técnica para internação domiciliar e o nível de assistência e cuidado indicado para a situação específica, sendo:

- 1. Até 7 pontos = Não elegível para atenção domiciliar;**
- 2. De 8 a 12 pontos = Elegível para atenção domiciliar de baixa complexidade (AD 1);**
- 3. De 13 a 18 pontos = Elegível para atenção domiciliar de média complexidade (AD 2);**
- 4. 19 pontos ou mais = Elegível para atenção domiciliar de alta complexidade (AD 3);**

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Não se deve confundir o serviço de enfermagem com o de um cuidador³. Este é de responsabilidade da família e não coberto pelo SUS. O fato de uma pessoa precisar do auxílio de um cuidador, não significa que ela necessite de serviços de atenção domiciliar, com cuidados específicos de enfermagem, mas sim, de um colaborador. No entanto, todo cuidador deve ser devidamente orientado e contar com o apoio de uma equipe técnica de apoio e suporte.

³ **Cuidador:** pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. (Art. 2º, inc. III da Portaria n.º 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016).



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

QUESTIONÁRIO PARA PEDIDO JUDICIAL DE MEDICAMENTO(S)

Em atenção ao Enunciado 19¹ da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça e Enunciado 58² da II Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, solicita-se que Vossa Senhoria responda às seguintes indagações constantes do presente questionário. Fundamenta-se o presente pedido no artigo 196³ da Constituição Federal, que trata do direito de todos, e dever do Estado (União/Estados/Municípios), quanto ao acesso/execução dos serviços públicos de saúde.

DADOS DO(A) PACIENTE:

| | |
|--|-------------|
| Nome: | |
| CPF: | Cartão SUS: |
| Contato (telefone/email): | |
| Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio – Qual? _____ | |
| () SUS – Unidade de Atendimento: _____ | |

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

| Medicamento (CDB/DCI ⁴) | Posologia e via de administração |
|---|----------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Duração do Tratamento: () Contínuo () Temporário – Qual prazo? _____ | |
| Registro na ANVISA: () Sim () Não Indicação em conformidade com a aprovação no registro: () Sim () Não | |
| Previsto em PCDT ⁵ da doença listada abaixo: () Sim () Não | |
| Consta em padronização oficial (Ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ⁶ : () Sim () Não | |
| Caso não aprovado pela ANVISA, o(s) medicamento(s) é(são) aprovado(s) por órgão de controle estrangeiro? | |
| () Não () Sim – De qual País? _____ | |
| Há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do medicamento? | |
| () Não () Sim – Qual a evidência científica? _____ | |

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

¹ ENUNCIADO 19 CNJ – As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciado para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019).

² ENUNCIADO 58 CNJ – Saúde Pública – Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME /RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a **notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.**

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁴ DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira, ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional.

⁵ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Rede Pública (SUS):

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>

⁶ REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o(a) paciente e que motivou(aram) a prescrição?

| Enfermidade | CID |
|-------------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |

2. Características da(s) Doença(s):

3. Como é feito o diagnóstico dessa(s) doença(s):

() Exame(s) Clínico(s) () Exame(s) Laboratorial(is) () Exame(s) de Imagem () Outro(s)

Especifique qual(is):

4. Qual é a finalidade⁷ do medicamento prescrito:

() Profilática () Curativa () Paliativa () Diagnóstico () Outra(s)

Especifique qual(is):

5. Existem tratamentos oferecidos pelo SUS para a doença citada com a mesma eficácia do tratamento indicado? Se afirmativa a resposta, qual(is)?

6. As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas? () Sim () Não

Em caso afirmativo:

6.1 Especifique o período de tratamento e a resposta obtida:

6.2 O(A) paciente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não) para a doença? Qual(is)?

Em caso negativo:

6.3 Justifique por qual(is) motivo(s) não foi(ram) indicado(s) o(s) medicamento(s) fornecido(s) pela rede pública de saúde:

⁷ Art. 4º da Lei n.º 5.991/73: (...)

II - Medicamento - produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

7. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

() Sim* - Especifique qual(is): _____ () Não

Se negativa a resposta:

7.1 Quais as vantagens do tratamento proposto para o(a) paciente se comparado com eventuais fármacos ou tratamentos oferecidos pelo SUS para a(s) mesma(s) moléstia(s)?

8. O(s) medicamento(s) é(são) imprescindível(is) para o(a) paciente: () Sim () Não

Justifique:

9. A disponibilização do(s) medicamento(s) é urgente: () Sim () Não

10. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) poderá ocasionar quais das seguintes consequências?

() Risco de Morte

() Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas

() Grave comprometimento do bem estar

() Outras – Qual(is): _____

11. Especificar o Quadro Clínico e as Peculiaridades do(a) Paciente e demais considerações finais:

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Profissional da Medicina (CRM, Carimbo e Assinatura): _____

O presente documento, tão logo respondidas às questões, deverá ser entregue, com a brevidade/urgência que o caso requer, diretamente ao(à) paciente, ou ao(à) seu(ua) representante, e tem o intuito de instruir ação judicial, com pedido de liminar, para obtenção dos medicamentos prescritas, não fornecidas pela Rede Pública. Informo que eventual negativa de seu preenchimento levará a Defensoria Pública a requerer sua notificação judicial, para prestar os devidos esclarecimentos sobre o tratamento proposto, em processo a ser oportunamente movido junto ao Poder Judiciário.

Com vistas a facilitar as respostas ao questionário, informa-se que poderão as questões ser respondidas também de forma digital. Para tanto, este documento poderá ser enviado ao e-mail do(a) médico(a) assistente, bastando que o(a) profissional da saúde requeira sua disponibilização através de pedido endereçado ao seguinte e-mail: hiramn@defensoria.ms.def.br. Observação: Neste caso, solicita-se que a entrega do questionário, preenchido e assinado, seja efetuada ao(à) próprio(a) paciente ou ao(à) seu(ua) representante, para posterior entrega à Defensoria Pública.

PARA PREENCHIMENTO PELO(A) PACIENTE:

O(A) paciente possui convenio particular de saúde? () Não () Sim – Qual? _____

Em caso afirmativo, houve tentativa de obter o medicamento pelo convênio? () Sim () Não

Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: ____/____/____

O(A) paciente buscou obter o medicamento pelo SUS? () Sim () Não

Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo:

() Sim () Não

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente: _____

QUESTIONÁRIO PARA PEDIDO JUDICIAL DE DIETA E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

Em atenção ao Enunciado 19¹ da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça e Enunciado 58² da II Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, solicita-se que Vossa Senhoria responda às seguintes indagações constantes do presente questionário. Fundamenta-se o presente pedido no artigo 196³ da Constituição Federal, que trata do direito de todos, e dever do Estado (União/Estados/Municípios), quanto ao acesso/execução dos serviços públicos de saúde.

DADOS DO(A) PACIENTE:

| | |
|--|-------------|
| Nome: | Idade: |
| CPF: | Cartão SUS: |
| Contato (telefone/email): | |
| Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio – Qual? _____ | |
| () SUS – Unidade de Atendimento: _____ | |

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

| |
|---|
| Nome da Dieta: _____ |
| Forma de ministração: () Via Oral () Nasoenteral () Sonda de Gastrostomia () Outro. Qual? _____ |
| Dosagem diária: _____ |
| Quantidade mensal: _____ Duração do Tratamento: _____ |
| É necessário uso de marca específica?: () Sim () Não Em caso afirmativo, qual?: _____ |
| Justificativa da marca ⁴ : _____ |
| _____ |
| _____ |
| São necessários insumos para ministração da dieta? () Sim () Não |
| Em caso afirmativo, quais? _____ |
| Quantidade mensal destes insumos: _____ |

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM N^o 1931/2009).

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o(a) paciente e que originou(aram) a prescrição?

CID: _____ Doença: _____

Características da Doença:

2. Como é feito o diagnóstico dessa(s) doença(s):

() Exame(s) Clínico(s) () Exame(s) Laboratorial(is) () Exame(s) de Imagem () Outro(s)

Especifique qual(is):

3. Qual a finalidade do uso da dieta/suplementação nutricional? Justificar, de forma sucinta, as razões que motivaram a prescrição médica/nutricional de acordo com a(s) doença(s) que acomete(m) o(a) paciente:

4. A dieta/suplementação nutricional prescrita pode ser substituída por alimentos comuns (frutas, verduras, legumes, carnes) devidamente processados (dieta artesanal)?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

¹ ENUNCIADO 19 CNJ – As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciado para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais. (Redação dada pela III Jornada de Direita da Saúde – 18.03.2019).

² ENUNCIADO 58 CNJ – Saúde Pública – Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME /RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

4 Havendo prescrição de uma marca específica de suplemento é necessária justificativa médica expressa que indique as razões para o seu uso, relatando a impossibilidade de utilização de outras marcas existentes no mercado, bem como elencar os motivos.

5. Qual(is) a(s) consequência(s) ao(à) paciente caso não utilize a dieta/suplementação nutricional?

6. A não utilização imediata da dieta/suplementação nutricional importa em agravamento do seu quadro clínico atual?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

7. A não utilização imediata da dieta/suplementação nutricional importa em risco de morte?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

8. Considerações Finais:

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Profissional da Medicina (CRM, Carimbo e Assinatura): _____

O presente documento, tão logo respondidas às questões, deverá ser entregue, com a **brevidade/urgência** que o caso requer, diretamente ao(à) paciente, ou ao(à) seu(ua) representante, e tem o intuito de instruir ação judicial, com pedido de liminar, para obtenção do tratamento prescrito, não fornecido pela Rede Pública. Informo que eventual negativa de seu preenchimento levará a Defensoria Pública a requerer sua **notificação judicial, para prestar os devidos esclarecimentos sobre o tratamento proposto, em processo a ser oportunamente movido junto ao Poder Judiciário.**

Com vistas a facilitar as respostas ao questionário, informa-se que poderão as questões ser respondidas também de forma **digital**. Para tanto, este documento poderá ser enviado ao e-mail do(a) médico(a) assistente, bastando que o(a) profissional da saúde requeira sua disponibilização através de pedido endereçado ao seguinte e-mail: **hiramn@defensoria.ms.def.br**. Observação: Neste caso, solicita-se que a entrega do questionário, preenchido e assinado, seja efetuada ao(à) próprio(a) paciente ou ao(à) seu(ua) representante, para posterior entrega à Defensoria Pública.

PARA PREENCHIMENTO PELO(A) PACIENTE:

O(A) paciente possui convenio particular de saúde? () Não () Sim. Qual? _____

Em caso afirmativo, houve tentativa de obter o(s) suplemento(s) pelo convênio? () Sim () Não

Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

O(A) paciente buscou obter o(s) suplemento(s) pelo SUS? () Sim () Não

Houve negativa? () Sim () Não Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo:

() Sim () Não

Local: _____, _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente: _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

QUESTIONÁRIO PARA PEDIDO JUDICIAL DE VAGA HOSPITALAR

Tendo em vista que a Defensoria Pública Estadual cuida-se de instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, prestar assistência jurídica integral e gratuita em favor do(s) necessitado(s), nos moldes do que prevêem os artigos 5º, LXXIV¹, e 134, caput², da Constituição Federal, solicita-se que Vossa Senhoria, com fulcro no Enunciado n.19, CNJ³, que responda às seguintes indagações constantes do presente questionário. Fundamenta-se o presente pedido, também, no artigo 196⁴ da Constituição Federal, que trata do direito de todos, e dever do Estado (União/Estados/Municípios), quanto ao acesso/execução dos serviços públicos de saúde.

DADOS DO(A) PACIENTE:

| | |
|---------------------------|-------------|
| Nome: | Idade: |
| RG: | CPF: |
| Cartão SUS: | Prontuário: |
| Contato (telefone/email): | |

QUADRO CLÍNICO ATUAL DO(A) PACIENTE:

| |
|---|
| Hipótese diagnóstica: _____ CID: _____ |
| Estado Geral: _____ Estado Nutricional: _____ Avaliação Física: _____ |
| Pressão Arterial: _____ Frequência Cardíaca: _____ Ausculta Cardíaca: _____ |
| Frequência Respiratória: _____ Saturação: _____ Ausculta Pulmonar: _____ |
| Aparelho Cardio Pulmonar: _____ Abdômen: _____ |
| Glasgow: _____ Temperatura Axilar: _____ Hidratação: _____ Coloração: _____ |
| Membros Superiores e Inferiores: _____ |
| Exames Complementares (Laboratoriais, Bioquímicos, Imagem): _____ |
| _____ |
| _____ |
| Conduta: _____ |
| _____ |
| _____ |

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica⁵ (Resolução CFM Nº 1931/2009).

1. Unidade de Saúde solicitante: _____

2. Data e hora em que o(a) paciente foi admitido(a) na referida unidade:

___/___/___ às ___:___

¹ LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

² Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014)

³ ENUNCIADO 19 CNJ – As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciado para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019).

⁴ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁵ É vedado ao médico:

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DEFENSORIA PÚBLICA DE SAÚDE, DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

3. Data e hora em que foi solicitada a transferência do(a) paciente para Unidade Hospitalar:

___/___/___ às ___:___

4. Justificar sucintamente os motivos para a transferência do(a) paciente para um ambiente hospitalar:

5. Qual especialidade médica é necessária ao(à) paciente? _____

6. Qual(is) a(s) consequência(s) ao(à) paciente caso este não seja submetido ao(s) tratamento(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo?

7. Haverá risco de perda de membro, sentido ou função de forma definitiva sem o tratamento imediato?

8. A não transferência importa em agravamento do quadro clínico atual?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

9. Existe risco de morte?

() Sim. Justificativa: _____

() Não. Justificativa: _____

10. Considerações Finais - se possível detalhar por qual(is) razão(ões) a permanência nessa unidade de saúde é prejudicial ao(à) paciente:

Local: _____, _____ Data: ___/___/___

Profissional da Medicina (CRM, Carimbo e Assinatura): _____

PARA PREENCHIMENTO PELO(A) REPRESENTANTE LEGAL DO PACIENTE, CASO ESTE ESTIVER SEM CONSCIÊNCIA:

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo:

() Sim () Não

Local: _____, _____ Data: ___/___/___

Assinatura do(a) paciente ou representante legal: _____

O presente documento, tão logo respondidas às questões, deverá ser entregue, com a **máxima urgência que o caso requer**, diretamente ao(à) paciente ou, na impossibilidade deste recebê-lo, ao(à) seu(ua) representante, e tem o intuito de instruir ação judicial, com pedido de liminar, para obtenção da vaga hospitalar pretendida, não fornecida pela Rede Pública.

Com vistas a facilitar as respostas ao questionário, informa-se que poderão as questões ser respondidas também de forma **digital**. Para tanto, este documento poderá ser enviado ao e-mail do(a) médico(a) assistente, bastando que o(a) profissional da saúde requeira sua disponibilização através de pedido endereçado ao seguinte e-mail: hiramn@defensoria.ms.gov.br. Observação: Neste caso, solicita-se que a entrega do questionário, preenchido e assinado, seja efetuada ao(à) próprio(a) paciente ou ao(à) seu(ua) representante, para posterior entrega à Defensoria Pública.