

ANEXO I

AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO EM SAICA ESPECIALIZADO

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade _____	Telefone: _____
E-mail: _____	Data de atendimento ao caso: ____/____/____
Data da avaliação: ____/____/____	Local da Avaliação _____

USUÁRIO(A)

Nome: _____	
Nome Social: _____	
Endereço: _____	Telefone _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____
Nome da Mãe: _____	
Nome do Pai: _____	
Raça/Cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena	
Cça/adolescente com deficiência: () sim () não Se sim, qual (is)? () física () intelectual () auditiva () visual	
CadÚnico: () Sim () Não Em caso negativo, justifique: _____	
Nº do NIS: _____	BPC: () Sim () Não Justifique _____

Nº do Cartão SUS: _____	

ASPECTOS DA SAÚDE

Hipótese Diagnóstica: _____	CID: _____
Causa Principal _____	CID: _____
Egressos de Internação Hospitalar () sim () não	

Se sim, anexar relatórios de alta hospitalar.

Condições de elegibilidade de SAICA Especializado:

- () Incapacidade de ingerir alimentos e/ou medicamentos necessitando do auxílio de sondas (gástrica enteral ou gastrostomia)
- () Incapacidade em manter a permeabilidade de vias aéreas (superior, inferior e traqueostomia), com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções;
- () Necessidade de receber medicações prescritas diariamente por via parenteral intravenosa;

Outras Condições a serem avaliadas Equipe de Saúde e compartilhadas com CREAS de Referência do SAICA Especializado:

- () Incapacidade de eliminação urinária voluntária, com necessidade de uso de sonda vesical de demora;
- () Necessidade de receber medicações prescritas diariamente por via intramuscular;
- () Em tratamento quimioterápico;
- () Necessidade de tratamento para restauração da integridade cutaneomucosa com presença de lesão de maior gravidade;
- () outras condições de saúde avaliadas pela equipe multidisciplinar como elegíveis para acolhimento em SAICA Especializado

Justificativa para solicitação da vaga em SAICA Especializado:

Condições gerais de Saúde da Criança/Adolescente

Medicações:

Quais equipamentos de saúde faz o acompanhamento de saúde da criança/adolescente?

UBS/ESF/EMAB: () Sim () Não Qual unidade? _____

EMAD (Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar): () Sim () Não Se sim, qual? _____

CAPS: () Sim () Não Se sim, qual? _____

CER: () Sim () Não Se sim, qual? _____ Com APD: () Sim () Não

Acompanhamento em Outros serviços de Saúde () Sim () Não

Especifique _____

Existe algum Projeto Terapêutico Singular em andamento () Sim () Não Se sim, anexar relatório.

Responsável pelo preenchimento

Médico Responsável pela Avaliação

AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO EM SAICA ESPECIALIZADO (preenchimento pelo CREAS e UBS do SAICA ESPECIALIZADO)

DATA ___/___/___

Profissional do CREAS

Profissional da UBS