SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

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	TURNO:* Ⓜ Ⓣ Ⓝ
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|-|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO* (CNS / CPF) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| — DATA NASC.:* / / — SEXO:* ◯F ◯M

PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*

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

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

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

CID-10 (principal)* |______| — CID-10 (secundário) |______| — CID-10 (secundário) |______|

CONCLUSÃO/DESTINO *

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOME SOCIAL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RAÇA/COR:** ◯Branca ◯Preta ◯Parda ◯Amarela ◯Indígena — **Etnia:***** — Nº NIS (PIS/Pasep) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOME COMPLETO DA MÃE:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:** ◯Brasileira ◯Naturalizado ◯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

CEP:**	**MUNICÍPIO:****	**UF:****
BAIRRO:**	**TIPO DE LOGRADOURO:****	**NOME DO LOGRADOURO:****
NÚMERO:** ◯ Sem número	COMPLEMENTO:	PONTO DE REFERÊNCIA:

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ( ) — TEL. CONTATO: ( )

CUIDADOR

◯ Não possui ◯ Cônjuge/Companheiro(a) ◯ Filho(a)/Enteado(a) ◯ Pai/Mãe ◯ Avô/Avó ◯ Neto(a) ◯ Irmão(ã) ◯ Outro

CNS OU CPF DO CUIDADOR (CNS / CPF) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 paracentese).

***Campo obrigatório**

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

*****Condicionado à resposta anterior**