

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

**Nome (sem abreviações):** \_\_\_\_\_

**Nome Social:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Cartão SUS:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sexo (biológico):**  Masculino  Feminino

**Raça/Cor ( autodeclarada):**  Branco  Preto  Pardo  Indígena  Amarelo

**Gênero:**  Homem Cisgênero  Mulher Cisgênero  Homem Transgênero  Mulher Transgênero

Gênero Não Binário  Agênero

**Tipo de Deficiência:**  Física  Intelectual  Auditiva  Visual

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

**DADOS DO LAUDO MÉDICO:**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**CID PRIMÁRIO**

**N 31.0** Bexiga neuropática não inibida

**N 31.1** Bexiga neurogênica reflexa

**N 39.4** Outras incontínências urinárias

**N 59.2** Colon neurogênico

**CID SECUNDÁRIO**

**F 00** Demência na doença de Alzheimer

**F 01** Demência Vascular

**F 02.3** Demência Doença de Parkinson

**F 72** Retardo Mental Grave

**G80** Paralisia Cerebral

**G82** Paraplegia

**G82** Tetraplegia

**G93.1** Lesão Encefálica Anóxica não especificada hemorrágica ou isquêmica

**I 61** Hemorragia Intracerebral

**I 64** AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico

**Q 05.2** Espinha bífida lombar com hidrocefalia

**Q 05.3** Espinha bífida sacra com hidrocefalia

**T 90.5** Sequela traumatismo intracraniano

**T 91.1** Sequela fratura da coluna vertebral

**Z 51.9** Cuidados médicos não especificado

**AVALIAÇÃO ENFERMEIRO**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome enfermeiro: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

**QUANTIDADE PRESCRITA POR MÊS**

QTDE.	INSUMO	TAMANHO
	Fraldas (max 120/mês)	
	Dispositivo para incontínência urinária (max 30/mês, sexo masculino)	
	Bolsa coletora de perna (max 1/mês)	
	Sonda uretral (max 120/mês)	

**Obs.**

Fraldas - tamanhos: P adulto, M adulto, G, adulto, XG adulto, XG infantil / Dispositivo para incontínencia - tamanhos P, M e G/ Sonda uretral- tamanhos 8, 10 e 12

Em atendimento por: EMAD: ( ) Sim ( ) Não      PAI: ( ) Sim ( ) Não

Origem da demanda: ( ) Consulta Médica ( ) Judiciário ( ) Ministério Público ( ) Ouvidoria ( ) EMAD ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo  
Responsável pelo preenchimento