



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc.

Fem.

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IGBE

16 - UF

17 - CEP

**CASO NOVO DE ESTOMA DE ELIMINAÇÃO (ALTA HOSPITALAR E ATENÇÃO BÁSICA).
MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE – MS.**

Encaminho o(a) senhor(a) _____ CNS Nº _____ ao Centro Especializado em Reabilitação para adquirir os dispositivos necessários ao cuidado com o estoma, bem como atendimento multiprofissional para sua reabilitação, visto que o(a) mesmo foi submetido a uma cirurgia de _____ no dia __/__/__, na Instituição _____, sob os cuidados do médico cirurgião _____, devido a doença/agravo _____, CID* _____, culminando com a confecção de:

COLOSTOMIA: DIREITA () ESQUERDA ()	UROSTOMIA ()
ILEOSTOMIA: DIREITA () ESQUERDA ()	COLOSTOMIA ÚMIDA ()
FISTULA: MUCOSA () ENTEROCUTÂNEA ()	
De caráter: DEFINITIVO () (TEMPORÁRIO ()	

Tem indicação de irrigação de colostomia? SIM () NÃO ()
Se sim, anexar a autorização médica, delimitando quando pode iniciar.
Recebeu alta hospitalar em**: __/__/__
AIH da cirurgia: _____

* CID obrigatório: colocar o código mais compatível com a doença/agravo que culminou com o estoma.
** Encaminhar paciente/responsável, APENAS, mediante alta hospitalar. Para os casos de alta prevista para final de semana ou feriado, encaminhar 1 dia antes da alta.

_____, __/__/__
Local / Data

Médico (CRM) e/ou Enfermeiro (COREN)

ORIENTAÇÕES:

- 1) Cópia dos documentos a serem anexados ao encaminhamento:
 - A) RG
 - B) CPF
 - C) CARTÃO SUS
 - D) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

- 2) Paciente deverá ser inserido no SISREG (Procedimento “cuidados com estomas”) para avaliação no CER/APAE de Campo Grande;

- 3) Paciente deverá ser informado quanto à data e hora da avaliação no CER/APAE em Campo Grande.

DATA DO AGENDAMENTO NO CER: ___/___/___

HORA: _____

PROFISSIONAL QUE IRÁ REALIZAR O ATENDIMENTO: _____

Observações:
