



Caixa de
Assistência
dos Servidores
Fazendários
Estaduais

SAD

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

DATA ____/____/____

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DIAG. PRINCIPAL:

SOLICITAÇÃO MÉDICA (ESCOLHA A OPÇÃO)

1 - () Int. domiciliar - Prescrição no prontuário

2 - () Agil home- (antibióticos, medicações EV/IM/SC)

3 - () Terapias - (fisiot., fono, TO, psicologia, estomaterapia) especificar quantidade e frequência semanal

4 - () Já foi informada a alta para atendimento domiciliar no prontuário? Sim Não

PRESCRIÇÃO MÉDICA (em caso de Agil home e terapias)

Medicações	Dose	Via de administração	Horário	Início	Tempo de uso

Informações sobre alergias Sim () Não ()

Quais? _____

GASOTERAPIA - MARQUE AS OPÇÕES INDICADAS

Concentrador

Máscara

O2. Litros p/ min.

BIPAP

Cilindro

CPAP

Observações importantes, se necessário

SAD/PAD Dez/17



PAD - PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES FAZENDÁRIOS ESTADUAIS - Av. Francisco Sá, 1733 - Jacarecanga - Fort./CE - Fone:(85) 3101.2636
CAFAZ URG./EMERG.: 0800.723.2332 - e-mail: pad@cafaz.org.br - Site: www.cafaz.org.br