

PROTOCOLO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO JUDICIAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (HOME CARE)

Prezado(a) médico(a), este formulário se destina a embasar a decisão judicial acerca das intervenções solicitadas. Observe que quem vai receber este relatório precisa das melhores informações, de modo que é importante que seja adequadamente preenchido e com letra legível. As informações devem ser verdadeiras para não caracterizar uma falsa declaração e infração ao código de ética.

INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____ CRM: _____

Especialidade: _____ RQE: _____

Vínculo do paciente com o médico assistente pelo:

SUS () Particular () Plano de Saúde () Qual?

Local onde atende o paciente:

Há quanto tempo acompanha o paciente: _____

O médico solicitante continuará prestando assistência ao paciente?

() **Não** () **Sim**

Local dos futuros atendimentos: Consultório () Hospital () Domicílio ()

Há conflito de interesse ou parentesco (Resolução CFM 2386/24), se sim citar:

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: / / Sexo: F () M ()

Local onde se encontra no momento da solicitação: Hospital () Domicílio ()

Já faz parte de algum programa de Assistência Domiciliar?

() **Não**. Paciente previamente hígido.

() **Não**. Paciente já apresentava um quadro crônico de base, mas agora necessita de Assistência Domiciliar em decorrência de um evento agudo (motivo do atual internamento).

() **Sim**.

Houve alteração na condição de atendimento? Sim () Não ()

Justificar:

Existe algum impedimento para acompanhamento/tratamento ambulatorial?

Não () Sim ()

Se sim, justificar: _____

Responsável pelos cuidados do paciente/cuidador: _____

Vínculo com o paciente: () parentesco () outros. Justifique: _____

INFORMAÇÕES SOBRE PATOLOGIA DO PACIENTE

Diagnóstico: _____

Principal: _____

CID 10: _____ CID 11: _____

Data do diagnóstico: _____

Doença crônica degenerativa: Não () Sim ()

Comorbidades: _____

Resumo do estado atual da doença: _____

Há critérios de Paliatividade? Não () Sim () Se sim, quais?

() Doença crônica, progressiva, incurável ou terminal

() Presença de sofrimento refratário ou dor intratável

() Declínio cognitivo avançado (ex: demência em fase terminal)

() Reinternações hospitalares não programadas, frequentes e sem reversão do quadro clínico

INFORMAÇÕES SOBRE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

1. O paciente está totalmente acamado e restrito ao leito? Não () Sim ()

Se sim, favor assinalar as opções aplicadas:

() paciente inconsciente, comatoso

() conectado à ventilação mecânica invasiva

() sem sustentação cervical e de tronco

() pós-operatório ortopédico recente (fixação de coluna, fêmur, bacia)

() outro: _____

2. O paciente possui e/ou fará uso domiciliar de:

- **Traqueostomia com necessidade de aspirações traqueais:** Não () Sim ()

Se sim: () realizada neste internamento () prévia ao internamento

() cânula metálica () cânula plástica

- média de aspirações: _____
Se já utilizava:
- há quanto tempo: _____
Há possibilidade e previsão de retirada: Sim () Não () Indefinido ()
- **Ventilação mecânica invasiva:** Não () Sim ()
Não invasiva: contínua () noturna () se necessário ()
- **Oxigenioterapia:** Não () Sim ()
Se sim: contínua () noturna () se necessário ()
cateter nasal () máscara facial () máscara traqueal ()
- **Medicação endovenosa ou hipodermóclise:** Não () Sim ()
Se sim, favor indicar:
- nome(s) dos medicamento(s): _____

- frequência/dia: _____
- duração do tratamento: _____
- **Nutrição parenteral (endovenosa):** Não () Sim ()
Se sim, há previsão/possibilidade de transição para dieta enteral?
Não () Sim () Indefinido ()
- **Diálise peritoneal :** Não () Sim ()
- **Cateterismo Vesical de Demora:** Não () Sim ()
Se sim, há possibilidade/previsão de retirada? Não () Sim () Indefinido ()
- **Lesão cutânea por pressão com curativos especiais:** Não () Sim ()
Se sim, favor indicar local e grau da lesão: _____
- **Dieta enteral :** Não () Sim ()
Se sim: () Gastro/Jejunostomia () Sonda naso-enteral
Se sim: Há possibilidade/previsão de transição para dieta oral?
() Sim () Não () Indefinido ()

3. Quais motivos/resultados esperados com o tratamento domiciliar?
() Cura
() Melhora parcial para continuidade de tratamento ambulatorial
() Manutenção do status atual
() Suporte de terminalidade (fim de vida)
() Solicitação familiar
() Problemas sociais

4. Caso haja solicitação de ENFERMAGEM, favor responder quais seriam as possíveis atribuições deste profissional para o caso:
Alta complexidade:
() Aplicação de medicação endovenosa contínua
() Aplicação de medicação endovenosa intermitente ou hipodermóclise
() Manejo de nutrição parenteral (endovenosa)
() Manejo de ventilação mecânica invasiva
() Aspiração de vias aéreas inferiores (traqueostomia)

- () Curativos especiais/estomaterapia
() Troca da sonda vesical de demora – SVD
() Outros: _____

Baixa complexidade:

- () Alimentação e medicação via gastro/jejunostomia ou SNE (sonda nasoenteral)
() Auxílio na alimentação e medicação via oral
() Aspiração de vias aéreas superiores (nariz e boca)
() Curativos simples
() Cateterismo vesical de alívio
() Mudança de decúbito e prevenção de escaras
() Higiene, banho, troca de fraldas
() Auxílio na locomoção e na transferência leito/poltrona
() Aferição de dados vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, glicemia, temperatura

5. Caso haja solicitação de equipe multidisciplinar, favor especificar, individualmente:

- () Fisioterapia motora
- **Frequência** _____
- **Justificativa** _____
- **Resultado esperado** _____
- **Imprescindibilidade de realização no domicílio, justificar** _____
- **Previsão de tempo de tratamento domiciliar** _____

- () Fisioterapia respiratória
- **Frequência** _____
- **Justificativa** _____
- **Resultado esperado** _____
- **Imprescindibilidade de realização no domicílio, justificar** _____
- **Previsão de tempo de tratamento domiciliar** _____

- () Fonoterapia
- **Frequência** _____
- **Justificativa** _____
- **Resultado esperado** _____
- **Imprescindibilidade de realização no domicílio, justificar** _____
- **Previsão de tempo de tratamento domiciliar** _____

- () Terapia ocupacional
- **Frequência** _____
- **Justificativa** _____
- **Resultado esperado** _____

- Imprescindibilidade de realização no domicílio, justificar _____
- Previsão de tempo de tratamento domiciliar _____

() Nutrição

- Frequência _____
- Justificativa _____
- Resultado esperado _____
- Imprescindibilidade de realização no domicílio, justificar _____
- Previsão de tempo de tratamento domiciliar _____

() Outros. Qual? _____

- Frequência _____
- Justificativa _____
- Resultado esperado _____
- Imprescindibilidade de realização no domicílio, justificar _____
- Previsão de tempo de tratamento domiciliar _____

Outros comentários pertinentes ao caso: _____

_____/_____/_____ (Local) (data)

_____ (assinatura e carimbo)