



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

**ANEXO I- REABILITAÇÃO FONATÓRIA**

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **cirurgião de cabeça e pescoço do CACON/UNACON** para abertura do processo para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias. O usuário deverá entregar este formulário na Secretaria Municipal de referência, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde.

**1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

NOME: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRICO DA LARINGECTOMIA:**

**2.1 CAUSA INDICADORA:** ( ) CID 32.9 ( ) CID Z93.0

**2.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA:**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**2.3. MÉDICO CIRURGIÃO:** \_\_\_\_\_

**2. 4. DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

**3.1 MÉDICO DO CACON/UNACON:** \_\_\_\_\_

**3.2 HOSPITAL (nome, carimbo, marca d'água):** \_\_\_\_\_

**4. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA:**

**4.1. TAMANHO DO ESTOMA:** ALT: \_\_\_\_\_mm LARG. \_\_\_\_\_mm

**4.2 FORMATO:** ( ) REDONDO ( ) OVAL ( ) OUTRO: \_\_\_\_\_

**4.3 COMPLICAÇÕES:** ( ) ESTENOSE ( ) GRANULOMA ( ) IRRITAÇÃO

**4.4 CIRURGIA DE RESGATE:** ( ) SIM ( ) NÃO

**5. INSUMOS SOLICITADOS:**

**5.1 PRÓTESE FONATÓRIA (07.02.09.004-2)**

1ª COLOCAÇÃO:        ( ) 8mm            ( ) 10mm            ( ) 12,5mm

TROCA VEGA        ( ) 4mm    ( ) 6mm    ( ) 8mm    ( ) 10mm    ( ) 12,5mm    ( ) 15mm

TROCA Xtraseal    ( ) 4mm    ( ) 6mm    ( ) 8mm    ( ) 10mm    ( ) 12,5mm    ( ) 15mm

**5.2. PLUGUE ( )**

**5.3. DISPOSITIVO DE LIMPEZA E IRRIGAÇÃO DE PRÓTESES ( )**

**6. OBSERVAÇÕES:**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do profissional