



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