



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 II- REABILITAÇÃO PULMONAR

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico, fonoaudiólogo, enfermeiro ou fisioterapeuta** 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/TRAQUEOSTOMIA:

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

2.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA/TRAQUEOSTOMIA:

HOSPITAL: _____

MUNICÍPIO: _____

2.3. MÉDICO CIRURGIÃO: _____

2. 4. DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA/TRAQUEOSTOMIA: ____/____/____

3. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA/TRAQUEOSTOMIA:

3.1. TAMANHO DO ESTOMA: ALT: _____mm LARG. _____mm

3.2 ESTOMIA: () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA TEMPO PREVISTO: _____

3.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS: _____

3.4 COMPLICAÇÕES ESTOMA: () ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

() IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO: OUTROS: _____

4. INSUMOS SOLICITADOS:

4.1 FILTRO HME*: () XTRAFLOW (mais aberto) () XTRAMOIST (mais fechado)

* Caixa com 30 unidades. Envio mensal.

4.2 CÂNULA PADRÃO SEM FENESTRAS*:

() 8/27 () 8/36 () 8/55 () 9/27 () 9/36 () 9/55
() 10/27 () 10/36 () 10/55 () 12/27 () 12/36 () 12/55

*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

4.3 CÂNULA COM FENESTRAS*:

() 8/36 () 8/55 () 9/36 () 9/55
() 10/36 () 10/55 () 12/36 () 12/55

*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

4.4 CÂNULA TIPO BUTTON

() 12/8 () 14/8 () 16/8 () 18/8

*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

4.5 ADESIVO (BASE)

() OPTIDERM OVAL* () FLEXIDERM OVAL* () XTRABASE* () STABILIBASE**

* caixa com 20 unidades. Envio 1 caixa/mês

** caixa com 15 unidades. Envio 2 caixas/mês.

4.6 PROTETOR DE BANHO ()

* Envio semestral

5. OBSERVAÇÕES:

DATA: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional