



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 III- ALTERAÇÃO DE INSUMOS DE
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 somente este formulário na Secretaria Municipal de referência.

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: _____
_____ D.N: ____/____/____

TELEFONE: () _____ CNS: _____

2. ASSINALE OS INSUMOS QUE O USUÁRIO PERMANECERÁ UTILIZANDO:

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

* Caixa com 30 unidades. Envio mensal.

2.2 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.

2.3 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.

2.4 CÂNULA TIPO BUTTON

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

*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

2.5 ADESIVO (BASE)

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

* caixa com 20 unidades. Envio 1 caixa/mês

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

3. ASSINALE SOMENTE AS ALTERAÇÕES DOS INSUMOS INDICADOS AO USUÁRIO:

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

* Caixa com 30 unidades. Envio mensal.

3.2 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.

3.3 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.

3.4 CÂNULA TIPO BUTTON

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

*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

3.5 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. JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO E OBSERVAÇÕES (No caso de retirada de algum insumo, favor informar neste campo)

DATA: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional