

EXEMPLO

RM - OM/OMS XXXXXXXXXXXXXX	NOME POR EXTENSÃO: XXXXXXXXXXXXXX	RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXX
Data de entrada do processo na UG FuSEx: 15/09/23	Período da parcial: OUTUBRO/23	Valor: R\$ 22.000,00
Data da visita domiciliar: 12/09/23	OCS: CUIDAR	
Modalidade da atenção domiciliar e critérios para indicação: ALTA COMPLEXIDADE (POR DECISÃO JUDICIAL) VM INTERMITENTE E ASPIRAÇÃO DE VAI EM MÉDIA ATÉ 05 VEZES/DIA		Admissão: NOVEMBRO/23
		Pontuação NEAD: 12
Internação domiciliar judicializada? (X) Sim () Não	Data da decisão judicial: OUTUBRO/2021	
Abrangência do Parecer de força executória: INTERNAÇÃO 24H, MEDICAÇÕES, FISIOTERAPIA DIÁRIA E FRALDAS		
CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR		CONFERIDO E ANEXADO?
a. Relatório da equipe multidisciplinar da OCS (PTCD) com data, carimbo e assinatura		SIM
b. Prescrição médica do período da prorrogação com data, carimbo e assinatura		SIM
c. Relatório padrão de curativos com fotos, data, carimbo e assinatura		SIM
d. Tabela NEAD com data, carimbo e assinatura		SIM
e. Proposta terapêutica orçamentária (PTO) homologada pela auditoria prévia		SIM
f. Relatório de desospitalização (em caso de admissão)		NÃO SE APLICA
g. Termo de adesão (em caso de admissão)		NÃO SE APLICA
SITUAÇÕES ESPECIAIS		
O Contrato vigente foi solicitado pela D Sau? () Sim (x) Não está anexado? () Sim (x) Não		
Em caso de judicialização, a Sentença judicial ou Tutela antecipada está anexada? (x) Sim () Não		
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR OCS	Nº DE DIAS/ SESSÕES	HONORÁRIOS NA DIÁRIA?
Médico	2X/MÊS	(x) Sim () Não
Enfermeiro	1X/SEM	(x) Sim () Não
Fisioterapia	7X/DIA	(x) Sim () Não
Fonoaudiologia	1X/SEM	() Sim (x) Não
Nutrição	1X/MÊS	(x) Sim () Não
Terapia ocupacional	NÃO SE APLICA	() Sim () Não
RESUMO DO SUPORTE TERAPÊUTICO - As divergências no processo poderão gerar glosas parciais.		
a. Orçamento em conformidade com o contrato vigente?	SIM	
b. Presença de estomias?	TQT, GTT	
c. VM contínua ou intermitente?	INTERMITENTE - TRILOGY	
d. Modo utilizado para ventilação	BIPAP	
e. O2 suplementar contínuo, intermitente ou SOS?	SOS	
f. Vazão de oxigênio em l/mim e dispositivo utilizado	4L/MIN – MACRONEBULIZAÇÃO	
g. Cilindro de O2 para BKP no contrato?	NÃO	
h. Média de aspiração de vias aéreas/ dia, de acordo com as evoluções de enfermagem em mês anterior	04 ASPIRAÇÕES VASUPERIORES E INFERIORES/ DIA	
i. Dieta contínua ou intermitente? Tipo e volume? Via de administração?	INTERMITENTE, NUTRISON 1000ML/DIA, GTT	
j. Infusão da dieta por BI com justificativa? gravitação?	GRAVITAÇÃO	
k. Alimentação parenteral?	NÃO	
l. Feridas: Coberturas e trocas	LPP SACRA, MEPILEX AG A CADA 7 DIAS OU SATURAÇÃO	
m. SV de demora ou intermitente?	NÃO, USO DE FRALDAS	
Status da família sobre treinamento de procedimentos: domínio parcial de aspiração e curativos.		

*A solicitação de prorrogação deverá ocorrer até 10 dias antes da parcial, mediante preenchimento completo e obrigatório deste formulário.

Auditor: data, carimbo e assinatura