
 <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b> <b>BAHIA</b> GOVERNO DO ESTADO	<b>SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA</b> <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS</b> <b>AMBULATORIAIS - DADOS COMPLEMENTARES - Doença Renal Crônica</b>	 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>FOLHA</b>  5/5
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
Nome do Estabelecimento de Saúde Executante		CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Data de Nascimento	Sexo M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 3	
Nome da Mãe	DDD	Telefone de Contato	
Nome do Responsável	DDD	Telefone de Contato	
<b>TRATAMENTO DIALÍTICO</b>			
<b>Características do Tratamento</b> <input type="checkbox"/> 1 Caso Novo <input type="checkbox"/> 2 Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> 3 Paciente em Trânsito <input type="checkbox"/> 4 Transferência de Estabelecimento <hr/> Data de início da 1ª Diálise na vida _____ Data de início da diálise nesse estabelecimento _____		<b>Acesso Vascular</b> <input type="checkbox"/> 1 FAV <input type="checkbox"/> 2 Cateter curta permanência <input type="checkbox"/> 3 Cateter longa permanência	
<b>Preencher somente se for CASO NOVO</b> Acompanhado há mais de 01 ano com nefrologista? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 Ignorado Situatão do paciente na ocasião em que iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> 1 Ambulatorial <input type="checkbox"/> 2 Hospitalar <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<b>Resultado dos Exames Realizados no Mês</b> Hb: _____ Fósforo: _____ aaHIV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo Kbv semanal: _____ TRU: _____ aaHCV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo Albumina: _____ HBs Ag <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo PTH: _____	
<b>Situação de Transplante</b> <input type="checkbox"/> 1 Apto <input type="checkbox"/> 2 Inapto <input type="checkbox"/> 3 Recusa <input type="checkbox"/> 4 N/A (caso novo, com menos de 90 dias de tratamento) Se apto: <input type="checkbox"/> 1 Inscrito na CNCDO <input type="checkbox"/> 2 Em processo de avaliação pré transplante no Centro Transplantador <input type="checkbox"/> 3 Sem Encaminhamento <input type="checkbox"/> 4 Aguardando agendamento de consulta no centro Transplantador			
<b>Intercorrências Clínicas</b> Paciente internado, com data de início no mês vigente, para tratamento de intercorrência clínica? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO Se em Diálise Peritoneal, houve peritonite diagnosticada no mês vigente? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO			
<b>ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DOENÇA RENAL CRÔNICA</b>			
<b>Característica do Tratamento</b> <input type="checkbox"/> 1 Caso Novo <input type="checkbox"/> 2 Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> 3 Paciente em Trânsito <input type="checkbox"/> 4 Transferência de Estabelecimento de Saúde Data de início do tratamento: _____ Encaminhado para FAV? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO    Encaminhado para Implante de cateter? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO Altura _____ cm    Peso _____ kg			
<b>Situação Vacinal</b> <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 1 Reagente Se regular, Anti HBS <input type="checkbox"/> 2 Não regular <input type="checkbox"/> 2 Não reagente Influenza <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO dT <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO Pneumoco <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO		<b>Resultado dos Exames Realizados no Mês</b> Hb: _____ aaHIV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo Fósforo: _____ aaHCV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo Albumina: _____ PTH: _____ HBsAg <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo	
<b>Uso de medicamento</b> IECA <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO BRA <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO			
<b>CONFEÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA</b>			
<b>Duplex Prévio</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO		<b>Uso de Cateter venoso ou outros acessos venosos prévios</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO	
<b>Flebites</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO		<b>Hematomas</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO	
<b>Veia visível</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO		<b>Presença de Pulso</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO	
<b>Itrooperatório</b> Diâmetro da Veia _____ mm    Diâmetro da Arteria _____ mm    Presença de Frêmito no trajeto da FAV _____ (1 a 4)    Presença de Pulso sem Frêmito <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO			
<b>SOLICITAÇÃO</b>			
Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº Registro do Conselho de Classe	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
Data da Autorização		Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador/Nº Registro do Conselho de Classe	