

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSAS PARA PACIENTES OSTOMIZADOS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Social: _____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Carteira do ICS _____ Tipo de cirurgia realizada _____ Data da Cirurgia _____

Tipo de estomia

- () Colostomia () Urostomia
 () Ileostomia () Outros

Duração

- () Definitiva () Temporária – tempo previsto: _____

Tamanho do estoma em mm (milímetros):

Material Solicitado

- () Bolsa de colostomia fechada com adesivo microporoso
 () Bolsa de colostomia com adesivo microporoso drenável
 () Conjunto de placa e bolsa para estomia intestinal
 () Barreiras protetoras de pele sintética e/ou mista em forma de pó, pasta e demais acessórios como fita elástica:

 () Bolsa coletora para urostomizados
 () Coletor urinário de perna ou de cama
 () Conjunto de placa e bolsa para urostomizados

A Bolsa deve ser:

- () Opaca
 () Transparente

Quantidade de material/mês indicado: _____

Assinalar o Tipo do Sistema coletor:

- () 01 Peça (placa e bolsa juntas) () 02 Peças (placa e bolsa separadas)
 () Transparente () Opaca
 () Placa Resina plana () Placa Resina convexa

Anotar código dos materiais em uso pelo paciente após a cirurgia (na ocasião da alta hospitalar):

BOLSA → Fabricante: _____	Código: _____
PLACA → Fabricante: _____	Código: _____
CONJUNTO PLACA+BOLSA → Fabricante: _____	Código: _____

*** INFORMAR AO MENOS 02 MARCAS DE FABRICANTES DIFERENTES:**

_____ E/OU _____

Estou ciente de que, para o fim de consentimento específico (livre, informado e inequívoco) nos termos da legislação em vigência, Lei nº 13.709/2018, a solicitação envolve o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis (quando aplicável), razão pela qual:

- Confirmo o aceite e concordância com o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis para esta finalidade.*
 Não concordo com o tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis, ciente que isso implica em não possibilidade de atendimento à solicitação.

Ciente e de acordo do responsável pelo beneficiário: _____

Data: _____

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante