

Nº PROTOCOLO:

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSAS PARA PACIENTES OSTOMIZADOS

Dados Gerais	Nome:			Carteira ICS		
	RG:	CPF	Data de nascimento: ____/____/____	Idade:		
	Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino			Nome social:		
	Nome do Responsável (se menor de 18 anos ou dependente)				Grau de parentesco:	
	Celular:	Residencial /recado:	E-mail:			
	Endereço:		Nº	Bairro	Complemento:	Cidade/UF
	Doença de base:		Data da Cirurgia ____/____/____		Hospital:	
Dados cirúrgica	Tipo: <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Outros (____)			Permanência: <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> temporária		
	Abdome: <input type="checkbox"/> plano <input type="checkbox"/> globoso <input type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> flácido		Posição do estoma <input type="checkbox"/> na cicatriz umbilical <input type="checkbox"/> acima da cicatriz umbilical <input type="checkbox"/> abaixo da cicatriz umbilical		Exteriorização: <input type="checkbox"/> terminal (boca única) <input type="checkbox"/> em alça (duas bocas) <input type="checkbox"/> outro	
Avaliação estoma	Tamanho: _____ mm		Altura: <input type="checkbox"/> alto perfil <input type="checkbox"/> protuso <input type="checkbox"/> baixo perfil <input type="checkbox"/> plana <input type="checkbox"/> retraída			Ângulo de drenagem: <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/> lateralizado
	Complicações: <input type="checkbox"/> estenose <input type="checkbox"/> prolapso <input type="checkbox"/> necrose <input type="checkbox"/> sangramento <input type="checkbox"/> dermatite <input type="checkbox"/> descolamento muco-cutâneo <input type="checkbox"/> haste/splint <input type="checkbox"/> sem complicações					
	Sistema Indicado: <input type="checkbox"/> Kit 1 peça (placa e bolsa juntas) (____)/mês <input type="checkbox"/> Kit 2 peças (placa e bolsa separadas) (____)/mês <input type="checkbox"/> base plana (____)/mês <input type="checkbox"/> base convexa (____)/mês					
Descrição dos materiais	Tipo de bolsa: <input type="checkbox"/> drenável <input type="checkbox"/> fechada <input type="checkbox"/> janela transparente <input type="checkbox"/> janela opaca					
	Adjuvantes: <input type="checkbox"/> spray barreira código: _____ (____)/mês <input type="checkbox"/> placa/código: _____ (____)/mês <input type="checkbox"/> anel código: _____ (____)/mês <input type="checkbox"/> creme barreira/código: _____ (____)/mês <input type="checkbox"/> pasta/código: _____ (____)/mês <input type="checkbox"/> resina(pó)/código: _____ (____)/mês <input type="checkbox"/> coletor urinário de perna e/ou cama (____)/mês <input type="checkbox"/> Outros: _____ (____)/mês Justificar (_____)					
	Dispensar material para o período de: <input type="checkbox"/> 1(um) mês <input type="checkbox"/> 3 (três) meses <input type="checkbox"/> Outro Justificar (_____)					
	Anotar fabricante e código dos materiais (bolsa e base)					
	BOLSA → Fabricante:			Código:		
BASE → Fabricante:			Código:			
Conjunto PLACA+BOLSA → Fabricante:			Código:			
*Informar ao menos 02 marcas de fabricantes diferentes: (____) e/ou (____)						

Especificações conforme portaria nº 400, SAS/MS, 2009
Procedimento: 0701050012 - BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA C/ ADESIVO MICROPOROSO

Descrição: bolsa fechada para estoma intestinal ou protetor de estomia, plástico antiodor, transparente ou opaca, com filtro de carvão ativado, com ou sem resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 60 por mês)

Procedimento: 0701050020 - BOLSA DE COLOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORO DRENÁVEL

Descrição: bolsa drenável para estoma intestinal adulto, pediátrico ou neonatal, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem a segunda abertura, com ou sem filtro de carvão ativado, resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 30 por mês).

Procedimento: 0701050047 - CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ ESTOMIA INTESTINAL

Descrição: sistema compatível de bolsa e base adesiva para estoma intestinal adulto ou pediátrico, bolsa drenável, fechada ou protetor de estoma, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem filtro de carvão ativado, base adesiva de resina sintética, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo de 10 por mês).

Procedimento: 0701060018 - BARREIRAS PROTETORAS DE PELE SINTÉTICA E/OU MISTA EM FORMA DE PÓ / PASTA E/OU PLACA

Descrição: barreira protetora de pele, de resina sintética ou formadora de película disponibilizada como 1 (um) tubo de pó ou 1 (um) tubo de pasta ou 20 (vinte) anéis planos ou convexos ou 5 (cinco) tiras ou 15 (quinze) placas 10 x 10 cm ou 10 (dez) placas 15 x 15 cm ou 8 (oito) placas 20 x 20 cm ou 1 (um) frasco formador de película (1 tubo/frasco ou 1 kit por mês).

Procedimento: 0701060026 -BOLSA COLETORA P/ UROSTOMIZADOS

Descrição: bolsa para estoma urinário adulto ou pediátrico, plástico antiodor, transparente ou opaca, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, com oxido de zinco ou resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo 30 por mês).

Procedimento: 0701060034 - COLETOR URINÁRIO DE PERNA OU DE CAMA

Descrição: coletor urinário de perna ou de cama, plástico antiodor, com tubo para conexão em dispositivo coletor para estomas ou incontinência urinária, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem. O coletor de perna deverá conter cintas de fixação para pernas. (no máximo 4 por mês).

Procedimento: 0701060042 - CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ UROSTOMIZADOS

Descrição: sistema compatível de duas peças (bolsa e base adesiva), para estoma urinário adulto ou pediátrico, bolsa com plástico antiodor, transparente ou opaca, sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, base adesiva de resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo de 15 por mês).

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 _____
(Assinatura do Beneficiário/familiar e/ou responsável)

Estou ciente de que, a solicitação envolve o fornecimento de bolsas coletoras conforme Portaria nº400, de 16 de Novembro de 2009 que regulamenta as diretrizes nacionais para o tratamento de ostomizados. Declaro ainda ter recebido todas as orientações durante o atendimento, e que a indicação feita pelo profissional de saúde está de acordo com a minha necessidade. Estou ciente de que a dispensação do material será feita conforme lei vigente bem como a necessidade de renovação deste protocolo de solicitação a cada 90 (noventa) dias.

Concordo

Não concordo

Ciente e de acordo _____
(Assinatura do Beneficiário/familiar e/ou responsável)

Avaliação Enfermeiro (A)

Data: ___/___/___

Carimbo e assinatura

Avaliação Médico (A)

Data: ___/___/___

Carimbo e assinatura