|  |
| --- |
| LOGO AD.bmpINSERIR LOGO MARCA DA EMPRESA AQUI |
| Paciente: | Idade: | Matrícula: |
| Hospital: | CID Principal: |
| **CRITÉRIOS SOCIAIS (ASSINALAR os CRITÉRIOS )** |
| **01** | Não aceitação da família e do paciente, especialmente no que se refere às regras que regem a assistência domiciliar; |
| **02** | Ausência de um cuidador hábil, disponível 24 horas por dia; |
| **03** | Residência incompatível para assistência domiciliar: suprimento de água potável, energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso e ambiente com janela, específico para o paciente; |
| **04** | Dificuldade de acesso ao domicílio para veículos e ambulância;  |
| **05** | Domicílio fora da área de cobertura do SAD; |
| **06** | Incapacidade de enfrentamento afetivo da situação, de modo psicodinamicamente eficaz |
| **ABORDAGEM SOCIAL** |
| Assistente Social |
| Médico (obrigatório para o critério 01) |
| Enfermeiro (obrigatório para o critério 02) |
| Familiares/Responsáveis | Parentesco/Relacionamento |
|  |  |
|  |  |
| Data | Local onde foi realizada a abordagem |
| Aspectos abordados |
| **PARECER** |
|  |
| Data | Assinatura dos Profissionais Responsáveis | Conselhos de Classe |