|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO AD.bmp  INSERIR 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 |