

2022



**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO  
AMBULATORIAL MULTIDISCIPLINAR  
PÓS-COVID-19 –TERMO DE ADESÃO /  
FORMULÁRIOS**

## TERMO DE ADESÃO

### Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19

O Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19/PLANSERV visa oferecer atendimento ambulatorial de qualidade aos beneficiários do Planserv com idade superior a 15 anos e recuperados de COVID-19 que possuem sequelas em decorrência da doença.

Os admitidos neste programa poderão ser assistidos através de atendimento integrado entre as seguintes áreas: fisioterapia; fonoaudiologia; psicologia; nutrição e especialidades médicas.

Trata-se de um programa de acompanhamento para beneficiários recuperados de COVID-19 (com comprovação por exame RT-PCR), com duração máxima de 180 dias, conforme necessidade clínica, sendo imprescindível atender aos critérios de inclusão e clínicos:

#### Critérios de inclusão:

- Beneficiários recuperados de COVID-19 com comprovação por RT-PCR na ocasião do diagnóstico;
- Pacientes egressos de internação hospitalar por COVID-19;
- Pacientes acompanhados/monitorados em domicílio, ambulatório ou emergência durante o curso da COVID-19;

#### Critérios Clínicos:

- Sequela motora ou;
- Sequela respiratória ou;
- Dificuldade fonatória ou de deglutição ou;
- Perda de massa muscular.

O beneficiário assistido no Programa de Reabilitação pós COVID-19, não poderá realizar consultas eletivas para outras especialidades que não estão no programa junto ao mesmo prestador em que estiver sendo acompanhado no referido programa. Já estão contemplados no programa, assim como, serão negados os pedidos de consultas eletivas para as seguintes especialidades médicas: pneumologista e infectologista e a execução de prova de função pulmonar em qualquer outro prestador da rede Planserv, durante a permanência no programa.

Eu \_\_\_\_\_, beneficiário(a) do Planserv, matrícula \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordo em aderir ao **Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19** Planserv e estou ciente e de acordo com os esclarecimentos contidos neste Termo de Adesão.

Atesto recebimento de uma cópia deste Termo de Adesão ao Programa de Reabilitação Ambulatorial Multidisciplinar pós Covid-19

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) beneficiário (a)

**FORMULARIO DE ENCAMINHAMENTO**

**PLANO TERAPÊUTICO - PROGRAMA AMBULATORIAL REABILITAÇÃO PÓS COVID**

Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ á \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

**III. MODALIDADE DE TRATAMENTO**

( ) Leve ( ) Moderado ( ) Intensivo

Justificativa da Modalidade:

**IV. TERAPIAS RECOMENDADAS - PERIODICIDADE**

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta

**IV. JUSTIFICATIVA PARA ADMISSÃO (Médico):**

**VI. DATA E ASSINATURA**

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)

## FORMULARIO DE PRORROGAÇÃO

### PLANO TERAPEUTICO - PROGRAMA AMBULATORIAL REABILITAÇÃO POS COVID PRORROGAÇÃO

Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ á \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Médico Assistente:

CRM:

#### II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

TEL:

EMAIL:

Endereço:

Bairro:

Data Nascimento:

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

#### III. MODALIDADE DE TRATAMENTO

( ) Leve ( ) Moderado ( ) Intensivo

Justificativa da Modalidade:

#### IV. TERAPIAS RECOMENDADAS - PERIODICIDADE

Segunda

Terça

Quarta

Quinta

Sexta

#### IV. JUSTIFICATIVA PARA CONTINUIDADE:

#### V. Evolução Multidisciplinar:

FISIOTERAPEUTA:

Assinatura e Carimbo

FONOAUDIOLOGO:

Assinatura e Carimbo

NUTRICIONISTA:

Assinatura e Carimbo

PSICÓLOGO:

Assinatura e Carimbo

#### VI. DATA E ASSINATURA

Data:

Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)

FORMULARIO DE ALTA

**FORMULÁRIO DE ALTA - PROGRAMA AMBULATORIAL REABILITAÇÃO PÓS COVID**

Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

Médico Assistente:

CRM:

**II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:

TEL:

EMAIL:

Endereço:

Bairro:

Data Nascimento:

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

**III. MOTIVO DA ALTA**

( ) ADMINISTRATIVA

( ) CLÍNICA

Justificativa para alta:

**V. Evolução Multidisciplinar:**

**FISIOTERAPEUTA:**

Assinatura e  
Carimbo

**FONOAUDIOLOGO:**

Assinatura e  
Carimbo

**NUTRICIONISTA:**

Assinatura e  
Carimbo

**PSICÓLOGO:**

Assinatura e  
Carimbo

**VI. DATA E ASSINATURA**

Data:

Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)