



IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome (sem abreviações): _____
Nome Social: _____ **CPF:** _____
Cartão SUS: _____ **Prontuário:** _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Sexo (biológico): ☐ Masculino ☐ Feminino
Raça/Cor (autodeclarada): ☐ Branco ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Indígena ☐ Amarelo
Gênero: ☐ Homem Cisgênero ☐ Mulher Cisgênero ☐ Homem Transgênero ☐ Mulher Transgênero
☐ Gênero Não Binário ☐ Agênero
Tipo de Deficiência: ☐ Física ☐ Intelectual ☐ Auditiva ☐ Visual
Endereço: _____
Bairro: _____ **CEP:** _____ **Telefone:** _____

DADOS DO LAUDO MÉDICO:

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____
Nome médico: _____ CRM: _____

CID PRIMÁRIO

- ☐ **N 31.0** Bexiga neuropática não inibida ☐ **N 39.4** Outras incontínências urinárias
☐ **N 31.1** Bexiga neurogênica reflexa ☐ **K 59.2** Cólon neurogênico

CID SECUNDÁRIO

- ☐ **F 00** Demência na doença de Alzheimer ☐ **G93.1** Lesão Encefálica Anóxica não especificada hemorrágica ou isquêmica
☐ **F 01** Demência Vascular ☐ **I 61** Hemorragia Intracerebral
☐ **F 02.3** Demência Doença de Parkinson ☐ **I 64** AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico
☐ **F 72** Retardo Mental Grave
☐ **G80** Paralisia Cerebral ☐ **Q 05.2** Espinha bífida lombar com hidrocefalia
☐ **G82** Paraplegia ☐ **Q 05.3** Espinha bífida sacra com hidrocefalia
☐ **G82** Tetraplegia ☐ **T 90.5** Sequela traumatismo intracraniano
☐ **T 91.1** Sequela fratura da coluna vertebral
☐ **Z 51.9** Cuidados médicos não especificado

AValiação ENFERMEIRO

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____
Nome enfermeiro: _____ COREN: _____

QUANTIDADE PRESCRITA POR MÊS

QTDE.	INSUMO	TAMANHO
	Fraldas (max 120/mês)	
	Dispositivo para incontinência urinária (max 30/mês, sexo masculino)	
	Bolsa coletora de perna (max 1/mês)	
	Sonda uretral (max 120/mês)	

Obs.

Fraldas - tamanhos: P adulto, M adulto, G, adulto, XG adulto, XG infantil / Dispositivo para incontinência - tamanhos P, M e G/ Sonda uretral- tamanhos 8, 10 e 12

Em atendimento por: EMAD: () Sim () Não PAI: () Sim () Não

Origem da demanda: () Consulta Médica () Judiciário () Ministério Público () Ouvidoria () EMAD
() Outra: _____

Observação: _____

Assinatura/carimbo
Responsável pelo preenchimento