

ORIENTAÇÕES PARA A SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA E TRÂNSITO

Para que possamos avaliar seu pedido de vaga para sessões de hemodiálise por transferência de domicílio será necessário o envio das seguintes informações e documentos:

Observação:

- Todos os campos são de preenchimento obrigatório;
- A ausência de algum documento ou informação inviabiliza a análise da solicitação;
- Solicitar com no mínimo 15 dias de antecedência para data desejada. Após o envio das informações completas nosso tempo de resposta é de até 5 dias. Havendo a necessidade de correção, o prazo de resposta será reiniciado respeitando o período de 5 dias.

1º Preenchimento do formulário abaixo com as seguintes informações:

- Dados da Clínica de Origem.
- Dados Clínicos do Paciente, com CID principal e secundários; data da 1ª sessão de HD; história clínica e estado atual, informados pelo médico responsável pelo paciente.
- Resultado dos exames de Sorologia (HIV, HCV, HBsAg e AntiHBs), enviar o exame mais recente, respeitando a validade da portaria.
- Prescrição da Hemodiálise.
- Avaliação do Enfermeiro com informações sobre o tipo de acesso, intercorrências dialíticas e avaliação da aderência ao tratamento.
- Avaliação da aderência ao tratamento pelo Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social da clínica de origem.
- Informações para o Faturamento junto ao Plano de Saúde ou para solicitação de APAC.

2ª Fotocópia dos seguintes documentos:

- Documentos pessoais do paciente: CPF, RG, Cartão Nacional do SUS (CNS) e, se for o caso, da carteirinha do convênio, comprovante de endereço;
- Comprovante Vacinal inclusive para Febre Amarela;
- Declaração do SISREG de vaga autorizada com número chave

3º Laudos e Receitas:

| | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Laudos do laboratório para os Exames de Rotina Mensal do mês atual e dos 2 meses anteriores. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Cálcio ○ Fósforo ○ TGP ○ Sódio ○ Potássio | <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosagem de Hematócrito ○ Dosagem de Hemoglobina ○ Uréia (pré e pós-sessão de diálise) ○ Glicemia somente para diabético ○ Creatinina com tempo inferior a 6 meses. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Laudos de Exames de Sorologias (enviar o exame mais recente, respeitando a validade da portaria). | <ul style="list-style-type: none"> ○ HIV ○ HCV | <ul style="list-style-type: none"> ○ HBsAg ○ AntiHBs |
| <ul style="list-style-type: none"> • Exame de Ultrassom de rins e Vias Urinárias ou Ultrassom de Abdômen (que apareça a função renal) transferência definitiva. OBS.: Exame realizado anualmente, caso tenha dentro desse período, enviar o laudo. Caso seja maior que 1 ano o período do exame, realizar antes de chegar na unidade. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Receita atualizada com todas as medicações em uso. | | |

Observações Importantes

- **Paciente deverá trazer as medicações que faz uso contínuo ou esporádico.** (exemplo: Eprex, Noripurum, Insulina)

O encaminhamento deverá ser feito para nosso setor responsável pelas análises dos processos de solicitação de transferência.

BLUMENAU

E-MAIL: hdtransitobnu@renalvida.org.br

FLORIANÓPOLIS

E-MAIL: hdtransitofloripa@renalvida.org.br

TIMBÓ

E-MAIL: hdtransitotbo@renalvida.org.br

BRUSQUE

E-MAIL: hdtransitobrq@renalvida.org.br

ITAJAI

E-MAIL: hdtransitoitj@renalvida.org.br

RIO DO SUL

E-MAIL: hdtransitords@renalvida.org.br

Data da solicitação

Paciente Solicitante

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|------|-----|------------|------------------|--|-----------------------------|
| Nome completo sem abreviatura | | | | | | | |
| Idade | | Sexo | M | F | Nacionalidade | | |
| Uso de dispositivo de locomoção | | | Não | | Cadeira de rodas | | Muletas, bengala ou andador |
| Data de Nascimento | | RG | | | CPF | | |
| Nome completo da mãe | | | | | | | |
| Nome do Responsável | | | | | | | |
| Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS) | | | | | | | |
| Possui Plano de Saúde | | Não. | | Sim. Qual? | | | |

Endereço de Origem

| | | | | | |
|-----------------------------|--------|--|---------|--------|--------|
| Rua, Avenida, ... | | | | Número | |
| Complemento | | | Bairro | | |
| CEP | Cidade | | UF | | |
| Telefone de Contato com DDD | | | Próprio | | Recado |

Endereço previsto para a transferência definitiva

| | | | | | |
|--|--------|--|---------|--------|--------|
| Marque um X no quadro ao lado se você ainda não sabe em qual endereço vai morar. | | | | | |
| Rua, Avenida, .. | | | | Número | |
| Complemento | | | Bairro | | |
| CEP | Cidade | | UF | | |
| Telefone de Contato com DDD | | | Próprio | | Recado |

Clínica de Origem

| | | | |
|-----------------------|--|--------|--------|
| Razão social | | | |
| Endereço | | | Número |
| Complemento | | Bairro | |
| CEP | | Cidade | UF |
| Telefone de Contato | | | |
| Enfermeiro de Contato | | | |
| e-mail de contato | | | |

Dados Clínicos:

| | | | | | |
|--|--|-------------------|-------------|--------------------|----------------|
| CID Principal | | CID Secundário | | Data da 1ª diálise | |
| Alergia a algum medicamento? | | Não | Sim. Quais? | | |
| História Clínica Geral do Paciente (Preenchimento obrigatório) | | | | | |
| | | | | | |
| Estado Clínica Geral ATUAL do paciente e justificativa do procedimento solicitado (preenchimento obrigatório) | | | | | |
| Doenças de Base: | | | | | |
| Diabetes | | Rins policísticos | | Bexiga neurogênica | LES |
| HAS | | Causa obstrutiva | | Glomerulopatia | Outros |
| Comorbidades: | | | | | |
| Cardiovasculares -ICC | | AVC | | DPOC | Neoplasia |
| Doença dispéptica | | Valvulopatia | | Cegueira parcial | Cegueira total |
| Amputação membros | | IAM | | História ilogismo | Outros |

Exames de Sorologia

(Anexar os laudos do laboratório)

(Enviar o exame mais recente, respeitando a validade da portaria)

| | | | | |
|----------------|-----------|--|--------------------|--|
| HIV | Resultado | | Data da realização | |
| HCV | Resultado | | Data da realização | |
| HBsAg | Resultado | | Data da realização | |
| AntiHBs | Resultado | | Data da realização | |

Prescrição da Hemodiálise

| | | | | | |
|-----------------------|--|------------------|--|-----------------|--|
| Peso Seco | | Fluxo Sanguíneo | | Tempo de Sessão | |
| Tamanho do Dialisador | | Dose de Heparina | | | |

Validação dos dados e liberação do paciente pelo Médico Responsável da clínica de origem:

| | | | |
|---------------------------|----------------------|-------------|--|
| Médico Responsável | | Data | |
| | Carimbo e assinatura | | |

Avaliação do enfermeiro:

| Tipo de acesso para Hemodiálise | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------|--|
| | Fístula Artéria Venosa - FAV | Data da confecção: | |
| | CVC Temporário | Data do implante: | |
| | CVC Permanente | Data do implante: | |

Histórico de intercorrências dialíticas e avaliação da aderência:

| |
|--|
| |
|--|

Validação dos dados e liberação do paciente pelo Enfermeiro Responsável da clínica de origem:

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|-------------|--|
| Enfermeiro Responsável | | Data | |
| | Carimbo e assinatura | | |

Avaliação do Nutricionista:

Avaliação da aderência ao tratamento:

| |
|--|
| |
|--|

Validação dos dados e liberação do paciente pelo Nutricionista da clínica de origem:

| | | | |
|----------------------|----------------------|-------------|--|
| Nutricionista | | Data | |
| | Carimbo e assinatura | | |

Avaliação do Psicólogo:

Avaliação da aderência ao tratamento:

| |
|--|
| |
|--|

Validação dos dados e liberação do paciente pelo Psicólogo da clínica de origem:

| | | | |
|------------------|----------------------|-------------|--|
| Psicólogo | | Data | |
| | Carimbo e assinatura | | |

Avaliação do Assistente Social:

Avaliação da aderência ao tratamento:

| |
|--|
| |
|--|

Validação dos dados e liberação do paciente pelo Assistente Social da clínica de origem:

| | | | |
|--------------------------|----------------------|-------------|--|
| Assistente Social | | Data | |
| | Carimbo e assinatura | | |

Recursos:

| | | | |
|--------------------|------------------------------|--|----------|
| Faturamento | SUS – Sistema Único de Saúde | | |
| | Convênio. Qual? | | |
| | Nº Carteirainha | | Validade |

(Informações para preenchimento interno)

Unidade receptora da transferência do paciente:

| | |
|--------------------------|---------------|
| Renal Vida | |
| <input type="checkbox"/> | Blumenau |
| <input type="checkbox"/> | Brusque |
| <input type="checkbox"/> | Itajaí |
| <input type="checkbox"/> | Rio do Sul |
| <input type="checkbox"/> | Timbó |
| <input type="checkbox"/> | Florianópolis |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-----|---|-----|-----------------------|-----|--|--|--|--|
| Dados da transferência confirmado pela unidade receptora | | | | Data do 1º atendimento na clínica receptora | | | | | | | |
| | | | | Horário: | | | | | | | |
| | | | | Data Prevista da 1ª Sessão | | | | | | | |
| Dias da Semana: | | Seg | Ter | Qua | Qui | Sex | Sáb | | | | |
| Turno (horário de entrada dos pacientes): | | 1º - 6:00 às 6:30 h | | 2º - 10:30 às 11:30 h | | 3º - 16:00 às 17:00 h | | | | | |

Aprovação da transferência pelo responsável técnico da unidade receptora:

| | |
|--|----------------------|
| Responsável Técnico de Enfermagem | |
| | Carimbo e assinatura |

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Responsável Técnico Médico | |
| | Carimbo e assinatura |

| | |
|--------------------------|--|
| Data da Aprovação | |
|--------------------------|--|