

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TUBERCULOSE HOSPITAL NESTOR GOULART REIS

Nome:
Nome Social:
Data de Nascimento: ____/____/____
Sexo: () FEMININO () MASCULINO
Gênero: () Mulher () Homem () Mulher Trans () Homem Trans () Não Binário () Outro:
Se Não Binário, preferência de internação em Ala: () Feminina () Masculina
Nome da mãe:
CPF:
Email (responsável pela solicitação):
Telefone:

Critérios para solicitação:

Esta unidade destina-se exclusivamente a pacientes com diagnóstico de **Tuberculose**, que necessitem de internação de **longa permanência** e que se enquadrem **em pelo menos um critério** de cada item (tuberculose confirmada + vulnerabilidade social + histórico de descontinuidade do tratamento):

1- Tuberculose confirmada:

- () Baciloscopia
- () Cultura
- () TB-TRM
- () LF-LAM

Observação: Obrigatório enviar cópia do resultado positivo

Nº SINAN TB: (obrigatório)

2- Vulnerabilidade Social:

- () Pacientes em situação de rua ou condições de moradia insalubres/precárias que impedem o isolamento e o tratamento adequado.
- () Incapacidade de autocuidado: Pacientes que, devido a quadros de drogadição ou outros não conseguem manter o tratamento de forma autônoma.

3- Histórico de Descontinuidade:

- () Casos de abandono de tratamento anterior, recidivas frequentes, falha no Tratamento Diretamente Observado (TDO) na rede básica

Observação: enviar relatório social e cópia do TDO ou DOT

- () Ordem Judicial

- Anexar junto à solicitação:
 - Avaliação do grau de dependência **(em anexo)**;
 - Termo de consentimento livre e esclarecido próprio do HNGR devidamente assinado pelo paciente **(em anexo)**;
 - Relatório médico **(em anexo)**;
 - Relatório social atualizado;
 - Exames que comprovem o diagnóstico de tuberculose **(enviar resultado positivo)** e exames atualizados **(máximo 3 meses)**;
 - **É fundamental as informações estejam incluídas no TBweb e GAL.**

Termo de Consentimento

HOSPITAL NESTOR GOULART REIS

Eu _____, portador(a) do RG _____
CPF _____ declaro que estou ciente e de acordo com a internação no **Hospital Nestor Goulart Reis**, localizado no município de Américo Brasiliense/SP, unidade de longa permanência destinada ao **tratamento da Tuberculose**, cujo tempo de internação pode variar de **03 (três) a 18 (dezoito) meses**, conforme o tipo de tratamento indicado pela equipe de saúde.

Declaro, ainda, que fui devidamente orientado(a) e estou de acordo com as normas institucionais, comprometendo-me a cumpri-las integralmente, dentre elas:

1. Não é permitida a entrada ou permanência na unidade com **malas e dinheiro** conforme normas internas do hospital.
2. A instituição adota a Política do “**ZERO TABACO**”, sendo proibido o uso ou consumo de cigarros, derivados do tabaco ou dispositivos similares em todas as dependências do hospital.
3. Estou ciente de que a **evasão hospitalar** (saída sem autorização da equipe responsável) implicará perda imediata do direito à continuidade da internação, não sendo garantido novo acolhimento na unidade.
4. Estou ciente de que qualquer envolvimento em **brigas, agressões físicas ou verbais**, bem como atitudes que coloquem em risco a segurança de outros pacientes, profissionais ou da instituição, resultará no acionamento da Polícia Militar e na perda do direito à vaga de internação, além das demais medidas cabíveis.
5. **Visitas** são liberadas somente para **pessoas da família** ou identificadas como **rede de apoio** social do usuário, previamente identificadas pelo Serviço Social, com idade igual ou maior a 18 anos.

Declaro que recebi todas as informações necessárias, tive oportunidade de esclarecer dúvidas e assino o presente termo de forma livre e consciente, concordando integralmente com as condições aqui descritas.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente / Responsável Legal

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

NOME DO PACIENTE: _____

1- **Nível de Consciência:** Consciente() Inconsciente() Orientado() Confuso() Sonolento()

2- Mobilidade Física:

MMSS Preservada: Sim () Não () _____

MMII Preservada: Sim () Não () _____

Deambula() Deambula com auxílio() Acamado() Faz uso de cadeiras de rodas ()

3- Avaliação respiratória:

Ventilação: Espontânea em ar ambiente() CNO2() _____ Traqueostomia()

Tosse: Seca() Produtiva() Escarro Hemoptoico()

4- Avaliação da Hidratação e Eliminação Vesical:

Eliminação Urinária: Espontânea() SVD()

Dieta: Suspensa() Oral() Enteral()

Hemodiálise: Sim() Não()

5- Avaliação de pele:

Íntegra() Lesões() : _____ Ferida: _____ Tipo/ local: _____

Estágio: () I () II () III () IV

6- Avaliação das atividades básicas da vida diária:

Independente () Com supervisão () Dependência mínima () Dependência moderada ()

Dependência total ()

7- Avaliação da comunicação:

Comunicação adequada() Dificuldade de comunicação() Uso de linguagem verbal() Uso de linguagem não verbal() Permanece em silêncio()

Conhece seu problema de saúde? Sim() Não()

8- Avaliação da terapêutica:

Uso de medicação EV() Uso de medicação IM/VO()

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

DATA: ____/____/____

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____

Forma de Tuberculose: () Pulmonar () Miliar () Meningoencefálica () Disseminada () Pleural
() Outras: _____

Baciloscopia:

() Positiva () Negativa () Não realizada

Data: ____/____/____

Cultura:

() Positiva () Negativa () Não realizada

Data: ____/____/____

TB-TRM: () Positivo sensível à Rifampicina () Positivo Resistente à Rifampicina () Positivo Traços
() Negativo () Não Realizado

Data: ____/____/____

LF-LAM (apenas pacientes vivendo com HIV): () Positivo () Negativo () Não realizado

Data: ____/____/____

Sensibilidade:

() TB sensível

() TB resistente

Tipo de resistência: _____ Data do exame: ____/____/____

Exames de imagem:

() Radiografia de tórax () Tomografia de tórax () Não realizado

Data do exame: ____/____/____

Teste de HIV:

() Positivo () Negativo () Não realizado

Data: ____/____/____

TARV: () Em tratamento () Não iniciado

Data: ____/____/____

Esquema: _____

Obs: Anexar resultados dos exames listados acima ao relatório médico

Tratamento atual:

Início fase de ataque: ____/____/____

Esquema:

Número de doses: _____

Início fase de manutenção: ____/____/____

Esquema:

Número de doses: _____

TDO: () Sim () Não

Obs: anexar ao relatório médico ficha de Tratamento Diretamente Observado.

Interrupção: () Sim () Não Motivo: _____ Período: _____

Tratamentos prévios:

Número de tratamentos prévios: _____ Abandonos: _____ Completos (alta cura): _____

Esquemas utilizados:

Comorbidades:

Resumo clínico:

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal black lines across its entire width, providing a template for handwriting practice or general note-taking. The margins are consistent on all sides.

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL