

DMS 159/21

05 de julho de 2021

HOSPITAIS CREDENCIADOS

Ref.: Relatório de Internação- Paciente Longa Permanência

A Unimed está sempre em busca de melhoria dos processos de auditoria e, no intuito de assegurar qualidade assistencial e otimização da internação hospitalar, solicita que, a partir de **01 de agosto de 2021**, as internações com tempo de permanência de 30 dias ou mais, deverão ter relatório do médico assistente emitido (relatório esse que deverá ser preenchido e disponibilizado conforme documento em anexo) com proposta terapêutica e previsão de alta hospitalar, se possível. Os relatórios seguirão sucessivamente, a cada 07 dias, até a alta hospitalar.

Os relatórios inicialmente deverão ser enviados para o e-mail desospitalizacao@unimedcampinas.com.br, até a informatização do processo.

Contamos com a vossa compreensão para que juntos possamos promover os melhores resultados da nossa parceria.

Havendo dúvidas, entrar em contato pelo telefone (19) 3735-7051 ou por e-mail audenf@unimedcampinas.com.br – Auditoria de Enfermagem.

Atenciosamente,

DocuSigned by:

Antonio Claudio Guedes Chrispim

17B1964C3C514D2...

Dr. Antonio Claudio Guedes Chrispim

Diretor Médico-Social

DocuSigned by:

Luiz Gonzaga Massari Filho

68866AA981B348F...

Dr. Luiz Gonzaga Massari Filho

Diretor da Área Hospitalar e
Serviços Credenciados

DocuSigned by:

Jean Carlos Bastos Martinelli

9CE770E19ACD4A7...

Dr. Jean Carlos Bastos Martinelli

Gerencia Técnica Médica

/Auditoria - CT



Anexo I

RELATÓRIO INTERNAÇÃO DESOSPITALIZAÇÃO

Gerência Técnica Médica – GTM
Auditoria Médica e de Enfermagem

Identificação:

Nome: _____

Sexo: () M () F Data de Nascimento: _____

Número da Guia: _____

Endereço: _____

Resumo Clínico da Internação:

Condições Clínicas:

1) Acamado: () Sim () Não

2) Medicações em Uso: () Oral / () Venosa / () Intra Muscular

3) Dieta em uso: () Oral / () Enteral: por SNG ou SNE / () Parenteral total

Poderá ser utilizado outra forma de dieta em domicilio caso o paciente esteja usando enteral industrializada?

Se sim, Qual? _____

4) Ostomia: () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

5) Lesão por Pressão: () Sim () Não.

Se sim, informar:

Local (is)? _____

Característica (s)? _____

Curativo (s) em uso? _____

6) Dispositivos: () Traqueostomia / () Gastrostomia / () Cateter de Diálise / () PICC

7) Dependência de O2 () Sim () Não

Se sim, informar:

Dispositivo: _____

Fluxo: _____

Gerência Técnica Médica – GTM
Auditoria Médica e de Enfermagem

DS JCBM DS ALGL DS LGMF



Anexo I

RELATÓRIO INTERNAÇÃO DESOSPITALIZAÇÃO

Gerência Técnica Médica – GTM
Auditoria Médica e de Enfermagem

Previsão de Alta Hospitalar:

() Sim () Não

Se sim, Quando? _____

Motivo que justifique a permanência da internação do paciente:

Clínico () Sim () Não.

Social () Sim () Não. Se sim, anexar relatório da Assistente Social junto ao Formulário.

Judicialização: () Sim () Não.

Durante a internação foi solicitado avaliação da ADUC:

() Sim () Não

Se sim, Qual parecer da ADUC? _____

Uso de Assistência Multiprofissional, neste momento:

Fisioterapia: () Sim () Não

Fonoaudiologia: () Sim () Não

Terapia Ocupacional: () Sim () Não

Psicologia: () Sim () Não

Nutrição: () Sim () Não

Equipe de Curativos: () Sim () Não

Data: _____ / _____ / _____ Cidade: _____

Assinatura do Médico e Carimbo:

Gerência Técnica Médica – GTM
Auditoria Médica e de Enfermagem

^{DS} JCBM ^{DS} ALGL ^{DS} LGMF