



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



23 Anexo II: Formulário para Renovação de Requerimento Administrativo de Fraldas para Uso Domiciliar.

FORMULÁRIO PARA RENOVAÇÃO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS JUNTO À SES

(Deverá ser preenchido pelo médico e pelo enfermeiro do Centro de Saúde)

1 – Identificação do Usuário:

Nome: _____.

Idade: _____ anos.

Sexo: () feminino () masculino.

Endereço: _____.

Cidade/ Região Administrativa: _____.

Telefones: _____.

Centro de Saúde: _____.

2 – Avaliação Médica

2.1 – Relatório Médico CID: _____ Há indicação de uso de fraldas: () Sim () Não

Descrição sucinta do caso, justificando o uso:

2.2 – Identificação do Médico que efetuou a avaliação

Nome: _____

CRM: _____

Matrícula SES-DF: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ /20_____

3 – Avaliação do Enfermeiro

3.1 – Descrição da fralda requerida

- () Infantil M – 5Kg a 11Kg – Código 58313
() Infantil G – 10Kg – a 14 Kg – Código 19050
() Infantil XG – Acima de 15kg – Código 19731

Quantidade: _____ Unidades/mês.

() Adulto P – 20Kg a 40Kg – Código 33091

() Adulto M – 40Kg a 70Kg – Código 33092

() Adulto G – 70Kg a 90KG – Código 33094

Quantidade: _____ Unidades/mês.

() Adulto XG- acima de 90KG – Código 33095

3.2 – Identificação do Enfermeiro que efetuou a avaliação

Nome: _____

COREN: _____

Matrícula SES-DF: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ /20_____.