

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

UNIDADE DE SAÚDE: _____

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA CADASTRO DE
PORTADOR DE BEXIGA NEUROGÊNICA

PACIENTE: _____

RG. _____ CPF _____ CNS _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

DIAGNÓSTICO COM CID: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO: _____

PRODUTOS PRESCRITOS:

PRODUTO	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Sonda Uretral		
Sonda Traqueal		
Lidocaína 2%		
Gaze		
Seringa 20 ml		
Atropina 0,25 mg		
Acetilcisteína 10%		

DATA DA REAVILIAÇÃO: _____

DATA: ____ / ____ / ____ . _____

Responsável pela avaliação

Obrigatória a apresentação dos seguintes documentos para cadastro: RG e CNS do paciente e RG do cuidador ou responsável pela retirada do material