

CÓDIGO - FORM 60.317

REVISÃO - Nº 01

São critérios obrigatórios para inclusão no Serviço UniDomiciliar da Unimed Goiânia:

- 1) Ser beneficiário (a) contratante da UNIMED GOIÂNIA;
- 2) O (a) paciente tenha um (a) médico (a) assistente;
- 3) O planejamento terapêutico fique a cargo da equipe multiprofissional do Serviço UniDomiciliar;
- 4) Relatório para Oxigenoterapia e receitas em anexo.

Nome do(a) Paciente	Idade:	Início da doença

Diagnóstico	CID-10

Solicito:

- Avaliação do UniDomiciliar (Gerenciamento do Caso)

Avaliação com prazo determinado pela Equipe para Intervenção Específica:

- Fonoaudiologia
- Fisioterapia
- Nutrição
- Curativo

Prescrição com prazo determinado para Intervenção Específica (receita em anexo):

- Oxigenoterapia
- Antibioticoterapia
- Receita (EV; IM; SC)

Observações clínicas:

Nome do(a) Médico(a) Assistente	Telefone(s) e e-mail para contato
Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) Assistente	
Goiânia, de de	

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com a área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
28/10/2019	Prontuário do paciente	Caixa box / Confidencial	Nome do Paciente	No mínimo 30 dias	20 anos	Incineração