



## **TRANSPORTE PARA HEMODIÁLISE**

- ( ) Cópia do cartão SUS de Goiânia;
- ( ) Cópia dos documentos pessoais com foto do paciente (RG e CPF)
- ( ) Cópia dos documentos pessoais do responsável (se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente);
- ( ) Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até **90 dias** à abertura do processo)
- ( ) Relatório médico original em formulário do SUS com consulta regulada – contendo:
  - Diagnóstico com CID, histórico detalhado relatando o quadro clínico atual do paciente como (idade; duração da doença, tempo de hemodiálise, outras doenças), justificando a necessidade do serviço;
  - Dias e horários da realização da hemodiálise;
- ( ) Formulário de solicitação de transporte para hemodiálise – fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.
- ( ) Cópia da TRS– fornecido pela Clínica onde é realizado a hemodiálise.

### **OBSERVAÇÕES:**

- **Relatório e formulário de solicitação** deverão ser feitos pelo mesmo profissional, apresentados **SEPARADAMENTE**, devidamente assinados, carimbados e datados;
- **NA AUSÊNCIA DE QUAISQUER DOCUMENTOS, O PROCESSO NÃO SERÁ PROTOCOLADO.**
- *É importante salientar que a finalidade do transporte é para uso do paciente, não estendido a familiares, nem para levar resultado de exames e outros fins, sendo específico para sua finalidade a qual deve ficar bem clara.*



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE**  
**DE PACIENTES PARA HEMODIÁLISE**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome do mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Paciente é atendido pelo SUS: (    ) SIM    (    ) NÃO.

**Tipo de transporte:**

(    ) Carro de passeio – VAN boxer, somente com Motorista

(    ) Ambulância tipo A – Sanitária, somente com Motorista

- O usuário necessita ser transportado em decúbito dorsal? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário pode ser transportado sentado? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário consegue deambular? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário utiliza transporte? (    ) Público (    ) Particular (    ) Familiar
- O usuário necessita de oxigênio? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário usa BIPAP? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário é deficiente visual? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário necessita de acompanhante? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário possui algum distúrbio psicológico? (    ) Sim (    ) Não
- O usuário é cadeirante? (    ) Sim (    ) Não / Qual tipo de cadeira? \_\_\_\_\_

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e assinatura do profissional solicitante**