



TRANSPORTE PARA HEMODIÁLISE

() **Cópia do cartão SUS de Goiânia;**

() **Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF) – se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente, necessário anexar cópia do RG do responsável;**

() **Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até 90 dias à abertura do processo) – caso o comprovante de endereço esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento;**

() **Relatório médico original em formulário do SUS com consulta regulada – contendo:**

- Diagnóstico com CID, histórico detalhado relatando o quadro clínico atual do paciente (idade; duração da doença, tempo de hemodiálise, outras doenças), justificando a necessidade do serviço;
- Se, devido ao estado clínico, necessita de acompanhante;
- Se, possui deficiência física/mental;
- Dias e horário da realização do procedimento;
- Tipo de transporte: Carro Passeio (VAN), Ambulância tipo A, Unidade de Suporte Básico- USB (SAMU).

() **Formulário de solicitação de transporte para hemodiálise – fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.**

OBSERVAÇÕES:

- **Relatório e formulário de solicitação** deverão ser feitos pelo mesmo profissional, apresentados **SEPARADAMENTE**, devidamente assinados, carimbados e datados;
- SUS – Tele Agendamento: 0800-646 1560 ou se for área de abrangência de CSF procurar a Unidade para agendar consulta. **Imprescindível a consulta regulada pela Rede do Sistema Único de Saúde.**



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE PARA HEMODIÁLISE

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Peso aproximado _____ RG _____ CPF _____ . _____ . _____ - _____

Endereço: _____

Quadro Clínico: _____

Local de origem _____ Local de destino _____

Horário do transporte _____

Tempo deste tratamento _____

Tipo de transporte:

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

() Ambulância tipo A – Sanitária, somente com Motorista

() Ambulância tipo C – Avançada, com equipe completa: Médico, Enfermeiro e 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? _____



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde
Diretoria de Redes Temáticas
Gerência de Bens Não Padronizados

Obs.: 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.

Goiânia, _____ de _____ de 2018.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Gerência de Bens Não Padronizados

Paço Municipal, Av. do Cerrado nº 999 - Bloco D - Park Lozandes - Goiânia - GO CEP 74.884-900

Fone: (62) 3524-1538 | (62) 3524-1687

e-mail: gbnp.smsgoiania@gmail.com