

**ANEXO I**

**AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO EM SAICA ESPECIALIZADO**

**UNIDADE SOLICITANTE**

Unidade _____	Telefone: _____
E-mail: _____	Data de atendimento ao caso: ____/____/____
Data da avaliação: ____/____/____	Local da Avaliação _____

**USUÁRIO(A)**

Nome: _____	
Nome Social: _____	
Endereço: _____	Telefone _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____
Nome da Mãe: _____	
Nome do Pai: _____	
Raça/Cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena	
Cça/adolescente com deficiência: ( ) sim ( ) não Se sim, qual (is)? ( ) física ( ) intelectual ( ) auditiva ( ) visual	
CadÚnico: ( ) Sim ( ) Não Em caso negativo, justifique: _____	
Nº do NIS: _____	BPC: ( ) Sim ( ) Não Justifique _____
_____	
Nº do Cartão SUS: _____	

**ASPECTOS DA SAÚDE**

Hipótese Diagnóstica: _____	CID: _____
Causa Principal _____	CID: _____
<b>Egressos de Internação Hospitalar</b> ( ) sim ( ) não	

Se sim, anexar relatórios de alta hospitalar.

**Condições de elegibilidade de SAICA Especializado:**

- ( ) Incapacidade de ingerir alimentos e/ou medicamentos necessitando do auxílio de sondas (gástrica enteral ou gastrostomia)
- ( ) Incapacidade em manter a permeabilidade de vias aéreas (superior, inferior e traqueostomia), com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções;
- ( ) Necessidade de receber medicações prescritas diariamente por via parenteral intravenosa;

**Outras Condições a serem avaliadas Equipe de Saúde e compartilhadas com CREAS de Referência do SAICA Especializado:**

- ( ) Incapacidade de eliminação urinária voluntária, com necessidade de uso de sonda vesical de demora;
- ( ) Necessidade de receber medicações prescritas diariamente por via intramuscular;
- ( ) Em tratamento quimioterápico;
- ( ) Necessidade de tratamento para restauração da integridade cutaneomucosa com presença de lesão de maior gravidade;
- ( ) outras condições de saúde avaliadas pela equipe multidisciplinar como elegíveis para acolhimento em SAICA Especializado

**Justificativa para solicitação da vaga em SAICA Especializado:**

---

---

---

---

**Condições gerais de Saúde da Criança/Adolescente**

---

---

---

---

**Medicações:**

---

---

---

**Quais equipamentos de saúde faz o acompanhamento de saúde da criança/adolescente?**

UBS/ESF/EMAB: ( ) Sim ( ) Não Qual unidade? \_\_\_\_\_

EMAD (Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar): ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

CAPS: ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

CER: ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Com APD: ( ) Sim ( ) Não

Acompanhamento em Outros serviços de Saúde ( ) Sim ( ) Não

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existe algum Projeto Terapêutico Singular em andamento ( ) Sim ( ) Não Se sim, anexar relatório.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo preenchimento

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável pela Avaliação

**AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO EM SAICA ESPECIALIZADO (preenchimento pelo CREAS e UBS do SAICA ESPECIALIZADO)**

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profissional do CREAS

\_\_\_\_\_  
Profissional da UBS