

### ORIENTAÇÕES GERAIS

Prazo de envio: mínimo de 30 dias antes da data do procedimento.

- 1) Relatório da prescrição da hemodiálise atualizado;
- 2) Enviar em anexo receitas das medicações em uso, se em uso de Antimicrobiano, constar nome e indicação;
- 3) Relatório médico com resumo clínico atualizado do(a) paciente;
- 4) Exames das sorologias atualizadas: Hbsag, Anti-Hbs, Anti-HCV e Anti- HIV (Exames realizados com tempo inferior a 3 meses da data da solicitação do trânsito);
- 5) Anexar exames laboratoriais da última rotina mensal, cultura de vigilância( Swab retal, axilar e inguinal) para Germe multirresistente, teste rápido para influenza e covid19.
- 6) Cópia legível da carteira de vacinação;
- 7) Documentos pessoais: CPF ou CNH , CNS, Comprovante de endereço em nome do paciente (água, luz, telefone Com emissão do último mês vigente
- 8) Em caso de convênio enviar cópia da carteira.
- 8) JUSTIFICATIVA PARA TRÂNSITO: solicitação de tratamento dialítico em trânsito, informando período, número de sessões. Todos os documentos devem ser preenchidos e enviados em formato PDF. Conforme modelo abaixo.

Eu \_\_\_\_\_ venho através deste solicitar sessão de Hemodiálise em trânsito para o Serviço de Terapia Renal Substitutiva HSVP no período de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, devido à \_\_\_\_\_.

Declaro que estou ciente que após o término do período solicitado retornarei ao meu serviço de origem.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_

Solicitação Período do Trânsito	Modalidade	Hemodiálise	Diálise Peritoneal
	Nº de Sessões		
	Data 1ª Sessão		
	Data prevista da última sessão		

### Clínica de Origem

Razão social			
Endereço			Número
Complemento		Bairro	
CEP	Cidade	UF	
Telefone de Contato			
Enfermeiro de Contato			
e-mail de contato			

### Paciente Solicitante Exames de Rotina e de Sorologia

Nome completo sem abreviatura				
Idade	Sexo	M	F	Nacionalidade

Uso de dispositivo de locomoção	Não	Cadeira de rodas	Muletas, bengala ou andador
Data de Nascimento	RG	CPF	
Nome completo da mãe			
Nome do Responsável			
Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS)			
Possui Plano de Saúde	Não.	Sim. Qual?	
Endereço			Número
Complemento	Bairro		
CEP	Cidade	UF	
Telefone de Contato com DDD		Próprio	Recado

(Anexar os laudos do laboratório)

(Exames realizados com tempo inferior a 3 meses da data da solicitação do trânsito)

### Dados Clínicos:

CID Principal	CID Secundário	Data da 1ª diálise
Alergia a algum medicamento?	Não	Sim. Quais?
<b>Tipo de Acesso para Hemodiálise:</b>		
Fístula Artéria Venosa - FAV	CVC Permanente	CVC Temporário
Data de confecção	Data de Implante	Data de Implante
<b>Prescrição da Hemodiálise</b>		
Peso Seco	Fluxo Sanguíneo	Tempo de Sessão
Tamanho do Dialisador	Dose de Heparina	
<b>Resumo Clínico e estado Geral ATUAL do Paciente (Preenchimento obrigatório)</b>		
<b>Doenças de Base:</b>		
Diabetes	Rins policísticos	Bexiga neurogênica
HAS	Causa obstrutiva	Glomerulopatia
<b>Comorbidades:</b>		LES Outros

Cardiovasculares -ICC	AVC	DPOC	Neoplasia
Doença dispéptica	Valvulopatia	Cegueira parcial	Cegueira total
Amputação membros	IAM	História ilógismo	Outros

**Validação dos Dados e Liberação do paciente pelo Médico Responsável da Clínica de Origem:**

<b>Médico Responsável</b>		<b>Data</b>	
	Carimbo e assinatura		

O encaminhamento deverá ser feito para nosso profissional responsável pelas análises dos processos de solicitação de trânsito:

Enf<sup>a</sup> Matheus Spanevello da Cunha  
e-mail: [hemodialise@hsvp.com.br](mailto:hemodialise@hsvp.com.br)  
fone: (54) 3316-4000

Aguardamos seu contato.