

**SOLICITAÇÃO DE SONDA DE GASTROSTOMIA/
BOTTON/CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA**

SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde



Sonda de gastrostomia –TAMANHO: FR _____

Botton – TAMANHO: FR ____X____ cm

Cânula de traqueostomia – TAMANHO: _____

POSIÇÃO ANATÔMICA DA GASTROSTOMIA

Jejuno

Gástrica

Dados do Paciente

Nome:

Data da solicitação:

Nome da Mãe:

Prontuário:

Endereço

Município/UF:

Internado: () sim () não

Hospital (caso seja este o solicitante):

Ambulatorial: () sim () não

Unidade(caso seja esta a solicitante):

Acamado: () sim () não

CNS:

MÉDICO SOLICITANTE

Nome:

Carimbo e Assinatura:

Especialidade:

CID, QUADRO CLÍNICO e JUSTIFICATIVA

CID:

Tempo de Gastrostomia:

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM OU NUTRIÇÃO

Nome:

Carimbo e Assinatura:

Local de realização do procedimento (1ª inserção):

Data da última troca:

GERÊNCIA DE GESTÃO DE CASOS COMPLEXOS

() Defiro

() Indefiro

Considerações:

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura:

**ATENÇÃO: O preenchimento de todos os campos é obrigatório, sendo que a justificativa deve ser bem elucidada.
ANEXAR CÓPIA DO CARTÃO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**