SAÚDE EM CASA

UPAs/ UR/ CMBN

PREENCHIMENTO DA *SOLICITAÇÃO DE ACOLHIMENTO AO PROGRAMA MELHOR EM CASA* (VER P.4)

ACIONA EQUIPE DO SAÚDE EM CASA

- E-MAIL (melhoremcasa@feaes.Curitiba.pr.gov.br)
- WhatsApp (3316-5969);
- E-SAÚDE (DIAS ÚTEIS)

- ENFERMEIRO + MÉDICO REGULADOR (DIAS ÚTEIS);
- ENFERMEIRO + MÉDICO PLANTONISTA (FINAIS DE SEMANA E FERIADOS).

AVALIAÇÃO MÉDICA
VER CRITÉRIOS EM P.2

ACEITO "PARA QUE"

- FEEDBACK DAS AVALIAÇÕES VIA E-SAÚDE E/OU WhatsApp (DIAS ÚTEIS);
- MÉDICO PASSA PARECER PARA ENFERMEIRO (REGULADOR/ PLANTONISTA);

ENFERMEIRO

DIAS ÚTEIS

- ENFERMEIRO REGULADOR REPASSA CASO PARA ENFERMEIRO DE ÁREA + ADMINISTRATIVO.

FINAIS DE SEMANA E FERIADOS

- ENFERMEIRO PLANTONISTA REPASSA FEEDBACK DAAS AVALIAÇÕES VIA WhatsApp (O MAIS BREVE POSSÍVEL) + REGISTRO NO LIVRO DE PLANTÃO.

NEGADO "PORQUE"

- FEEDBACK DAS AVALIAÇÕES VIA E-SAÚDE E/OU WhatsApp (DIAS ÚTEIS);
- MÉDICO PASSA PARECER PARA ENFERMEIRO (REGULADOR/ PLANTONISTA);

ENFERMEIRO

DIAS ÚTEIS

- ENFERMEIRO REGULADOR ENTREGA CASO PARA O ADMINISTRATIVO

FINAIS DE SEMANA E FERIADOS

- ENFERMEIRO PLANTONISTA REPASSA FEEDBACK DAAS AVALIAÇÕES VIA WhatsApp (O MAIS BREVE POSSÍVEL) + REGISTRO NO LIVRO DE PLANTÃO.

SAÚDE EM CASA
CRITÉRIOS DE DESOSPITALIZAÇÃO- UPAS

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TER O CUIDADO CONTINUADO NO DOMICÍLIO PELO SAD

- MORAR NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E PERMANECER NO DOMICÍLIO DURANTE A ATENÇÃO DOMICILIAR;
- POSSUIR CADASTRO DEFINITIVO EM UNIDADE DE SAÚDE;
- TER A PRESENÇA DE UM ACOMPANHANTE IDENTIFICADO;
- APRESENTAR NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO ESTABILIDADE CLÍNICA.

SITUAÇÕES QUE PODEM TER O CUIDADO CONTINUADO NO DOMICÍLIO PELO SAD

- condições que necessitem de antibioticoterapia injetável (*ver P.3)* que pode ser realizada no domicílio, quando a administração tiver intervalo de 24/24h ou 12/12h;
- condições agudas ou crônico-agudizadas sem sinais de instabilidade (ex: pneumonia, dpoc, icc,..);
- idosos em situações de fragilidade e em condições de agudização de alguma enfermidade de base (ex: polipatologia, polifarmácia, dependência funcional,...);
- condições de cuidados paliativos (oncológicos ou não), cuidados de final de vida, indicação de cuidados para conforto e alívio de sintomas; desde que família ciente, confortável e de acordo com condutas;
- instrumentalização e cuidados multidisciplinares;
- condições clínicas mais comuns:
  - infecção de trato urinário (itu);
  - doenças respiratórias crônicas e agudas;
  - feridas e outras afecções de partes moles;
  - reabilitação neurofuncional e motora - foco instrumentalização;
  - avaliação nutricional;
  - síndrome da fragilidade;
  - doenças neurológicas;

PERFIL DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA SAD

- Instrumentalização do uso de dispositivo de traqueostomia, sondas e cateteres;
- Acompanhamento domiciliar para tratamento de lesões;
- Necessidade de atenção nutricional e fonoaudiológica;
- Pacientes em cuidados paliativos;
- Necessidade de medicação injetável (ver P.3);
- Necessidade de atenção fisioterapêutica;
- Pacientes em suporte ventilatório não invasivo- CPAP, BIPAP, Concentrador de O2- e ventilação mecânica invasiva.

PERFIL DE PACIENTES NÃO ELEGÍVEIS PARA SAD

- Pacientes que não se enquadram nos critérios de inclusão acima;
- Necessidade de monitoramento ou assistência de Enfermagem 24h;
- Necessidade de troca diária de curativos em pacientes com família sem possibilidade de instrumentalização;
- Necessidade de fluxos de O2 superior a 5L/min;
- Necessidade de acompanhamento e ajuste medicamentoso por quadro psiquiátrico;
- Histórico recente de abuso de substâncias lícitas/ ilícitas.

SAÚDE EM CASA

ANTIBIÓTICOS INJETÁVEIS PADRONIZADOS NO SAD

ANTIMICROBIANO	Dose e posologia para função renal e hepática normais	Via de infusão	Reconstituição	Diluição	Tempo de infusão
AMICACINA	15mg-22,5mg/kg uma vez ao dia - **PREFERIVELMENTE** OU 5-7,5 mg/kg a cada 12h – **CASO NECESSIDADE EM AJUSTE RENAL**	EVI; IM	Não requer	100 a 250 mL de SF0,9%, SG5% ou ringer lactato	30 a 60 minutos
GENTAMICINA	4-7mg/kg uma vez ao dia – **PREFERIVELMENTE** OU 1-2,5 mg/kg/dose a cada 12h – **CASO NECESSIDADE EM AJUSTE RENAL**	EVI; IM	Não requer	100 a 250 mL de SF0,9% ou SG5%	30 a 60 minutos
CEFEPIMA	2g duas vezes ao dia - ** IM/HDC: 0,5-1g duas vezes ao dia (1g em cada sítio)*	EVI; IM; HDC	10 mL de água destilada estéril	100 mL de SF0,9%, SG5%	30 minutos
CEFTAZIDIMA	2g duas vezes ao dia	EVI; IM	5 a 10 mL de água destilada estéril	100 mL de SF0,9%, SG5%	30 a 60 minutos
CEFTRIAXONA	1g-2g uma vez ao dia- ** IM/HDC: 1g em cada sítio de aplicação*	EVI; IM; HDC	10 mL de água destilada estéril	100 mL de SF0,9%, SG5%	15 a 30 minutos
MEROPENEM	1g-2g duas vezes ao dia – **EM CASOS DE AJUSTE RENAL**	EVI	20 mL de água destilada estéril	100 mL de SF0,9%, SG5%	30 a 60 minutos
VANCOMICINA	15mg-20mg/kg duas vezes ao dia	EVI	10 mL de água destilada estéril	250 mL de SF 0,9% ou SG5%	1h a 2h 30 minutos
CIPROFLOXACINO	200mg-400 mg duas vezes ao dia	EVI, VO	Bolsa pronta	Bolsa pronta	60 minutos
LEVOFLOXACINO	500-750 mg uma vez ao dia	EVI, VO	Bolsa pronta	Bolsa pronta	60 minutos

Não padronizados no SAD *mas possíveis de serem administrados em ambiente domiciliar:*

- Ertapenem;
- Ganciclovir;
- Linezolida;
- Daptomicina.

SAÚDE EM CASA	SOLICITAÇÃO DE ACOLHIMENTO AO PROGRAMA MELHOR EM CASA (UPA)	FEAS Versão: 1 / 2022

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome Completo:		
RG:	CPF:	
Data de nasc: _____/_____/_____	Nome da mãe:	
Sexo: Feminino (...) Masculino ( )	Telefone:	
Cartão do SUS:		
Endereço:		Nº:
Bairro:	Unidade de Saúde:	
Presença de acompanhante: SIM (...) NÃO ( )	Grau de parentesco:	
Nome acompanhante:		

2. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE		
UPA solicitante:	Data:	
Nome do médico:		
Motivo da Solicitação:		
Acompanhamento Clínico (...) Reabilitação: ( ) Cuidados Paliativos ( )		
Término de ATB...( )	Qual?	Dose:
	Data Início:	Data Término:
Diagnóstico:		
Sinais e Sintomas Atuais: (anexar exames)		

_____

Assinatura e carimbo

3. ACEITE NO PROGRAMA (A ser preenchido pelo médico do SAD)
Data da visita:
Parecer favorável: SIM...( ) NÃO ( )
Motivo:

_____

Assinatura e carimbo