



Fundação Pró-Rim

FORM:
ADM 012 A

Revisão:
00

Solicitação de Transferência - Orientações

Orientações para a Solicitação de Transferência

Para que possamos avaliar seu pedido de vaga para sessões de hemodiálise por transferência de domicílio será necessário o envio das seguintes informações e documentos:

1º Preenchimento do formulário FORM ADM 012 B – Solicitação de Transferência (que está em anexo) com as seguintes informações:

- Informações do Paciente Solicitante
- Dados da Clínica de Origem.
- Dados Clínicos do Paciente, com CID principal e secundários; data da 1º sessão de HD; história clínica e estado atual, informados pelo médico responsável pelo paciente.
- Resultado dos exames de Sorologia (HIV, HCV, HBsAg e AntiHBs) Os exames de Sorologia devem ser com tempo inferior a 3 meses da data da solicitação da transferência.
- Prescrição da Hemodiálise.
- Avaliação do Enfermeiro com informações sobre o tipo de acesso, intercorrências dialíticas e avaliação da aderência ao tratamento.
- Avaliação da aderência ao tratamento pelo Nutricionista, Psicólogo e Assistente social da clínica de origem.
- Informações para o Faturamento junto ao Plano de Saúde ou para solicitação de APAC.

2º Fotocópia dos seguintes documentos:

- Documentos pessoais do paciente: CPF, RG, Cartão Nacional do SUS (CNS) e, se for o caso, da carteirinha do convênio.
- Comprovante Vacinal inclusive para Febre Amarela.

3º Laudos e Receitas:

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Laudos do laboratório para os Exames de Rotina Mensal do mês atual e dos 2 meses anteriores. | <ul style="list-style-type: none">o Cálcioo Fósforoo TGPo Sódioo Potássio | <ul style="list-style-type: none">o Dosagem de Hematócritoo Dosagem de Hemoglobinao Uréia (pré e pós-sessão de diálise)o Glicemia somente para diabéticoo Creatinina somente para paciente no 1º ano de Hemodiálise |
| | <ul style="list-style-type: none">• Laudos de Exames de Sorologias (devem ser com tempo inferior a 3 meses da data da solicitação da transferência). | <ul style="list-style-type: none">o HIVo HCV |
- **Exame de Ultrassom** de rins e Vias Urinárias ou Ultrassom de Abdomen (que apareça a função renal)
 - **Receita atualizada** com todas as medicações em uso.

Observações Importantes

- Cópia do documento de **Confirmação da solicitação de Transferência** deverá ser **apresentado** na unidade receptora **na data do 1º atendimento**.
- **Paciente deverá trazer as medicações que faz uso contínuo ou esporádico.** (exemplo: Eprex, Noripurum, Insulina)
- **As sessões de hemodiálise na Fundação Pró-Rim têm duração de 4 (quatro) horas e este horário de HD não poderá ser alterado.**

O encaminhamento deverá ser feito para nosso profissional responsável pelas análises dos processos de solicitação de transferência.

Enf^a Claudete Gasparim
e-mail: transito@prorim.org.br
fone: (47) 3431-3800

Aguardamos seu contato.

Att

Fundação Pró-Rim