

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

(Deverá ser preenchido pelo Médico ou Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde)

1- Identificação do Usuário:

Sexo: () Feminino () Masculino

Nome: _____

Nº do cartão do SUS: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____ Telefones: _____

2- Avaliação Médica:

CID: _____

Descrição da Patologia: _____

Autorização para fornecimento: () **DEFERIDO** () **INDEFERIDO**

Descrição sucinta do indeferimento (se for o caso):

3- Descrição do Tipo e Quantidade de Fraldas:

() Infantil M – de 5kg a 10kg

() Adulto P - de 30kg a 40kg

() Infantil G – de 9kg a 13kg

() Adulto M – de 40kg a 70kg

() Infantil XG – de 12 à 15kg

() Adulto G – acima de 75kg

() Infantil XXG - acima de 15kg

() Adulto XG – acima de 90kg

Quantidade: _____

4- Identificação do profissional que efetuou a avaliação:

Nome: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

5- Uso DAF:

Desligamento/Motivo: _____ Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Profissional
(Assinatura e Carimbo)