

TERMO DE CIÊNCIA PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR
MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (SAD)

Eu,

_____,
Data de Nascimento ____/____/_____, CPF: _____ RG: _____,

Endereço: _____

_____, Telefone fixo (____) _____ celular (____) _____, E-mail

_____, Responsável Legal pelo
paciente: _____

_____, procedente da Unidade Hospitalar de Saúde _____,

Data de Nascimento ____/____/_____, Prontuário nº: _____,

Endereço _____, declaro que estou ciente e de
acordo com as condições estabelecidas para a inclusão do paciente no Serviço de Assistência
Domiciliar, e fui devidamente esclarecido, tendo a oportunidade de tirar todas as minhas
dúvidas sobre as condições estabelecidas pelo PAS UFMS:

BASE LEGAL :

RESOLUÇÃO Nº182 - COUN/UFMS, DE 03 DE JUNHO DE 2022.

RESOLUÇÃO Nº59 - DE 04 DE MAIO DE 2023.

RESOLUÇÃO Nº55 - DE 04 DE MAIO DE 2023.

1. DAS RESPONSABILIDADES:

Da empresa Contratada:

- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- Manter contato, orientação e interação com os familiares e cuidadores;
- Prescrever o paciente e elaborar o Plano de Atenção Domiciliar – PAD;
- Realizar as visitas de fisioterapeuta, de nutricionista e fonoaudiólogo, terapia ocupacional e nutrição conforme estabelecido pelo PAD;
- Revisar o PAD no mínimo uma vez por mês ou quando necessário de acordo com a necessidade do paciente;
- Disponibilizar relatório profissional e demonstrativo dos serviços prestados com os valores pagos pelo PAS/UFMS (guias SADT domiciliar);
- Não cobrar dos familiares/responsáveis pelo paciente qualquer serviço ou outro complementar da assistência a parte regra contratual;
- Atuar nas intercorrências urgências/emergências que possam ocorrer, indicando a reinternação hospitalar, solicitando pareceres especializados e exames complementares, quando necessário;

- Providenciar a remoção do paciente, a pedido do médico assistente da contratada, para uma unidade de emergência do PAS UFMS, para reinternação hospitalar e/ou em situações de urgências/emergências;
- Manter o atendimento domiciliar de urgência/emergência até a remoção do paciente para o hospital; xii. Fornecer e manter em condições adequadas de uso todos os equipamentos necessários aos cuidados do paciente, bem como fazer sua substituição, quando necessário, de forma a garantir a continuidade dos cuidados;
- Disponibilizar os recursos materiais conforme definido no PAD observando a quantidade e a qualidade exigidas para a assistência de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Manter sistema de comunicação de retaguarda para suporte em caso de urgência e emergência;
- Orientar e treinar o familiar responsável e/ou cuidador nos cuidados gerais com o paciente, bem como instruí-los sobre noções de segurança que envolva o uso dos equipamentos médicos hospitalares no domicílio.

Dos familiares e/ou responsável legal:

- Cuidador maior de 18 anos apto a capacitações para auxiliar nos cuidados ao paciente em período integral;
- Não ter distinção de sexo, raça e cor dos prestadores de serviço;
- Estar ciente que os profissionais de saúde estão proibidos de realizar tarefas domésticas;
- Participar dos cuidados gerais com o paciente, quando devidamente orientados e treinados, como: auxílio na alimentação; mudança da posição no leito; banho no leito ou em cadeira higiênica; higiene íntima; troca de fraldas; mobilização em cadeira e ou deambulação;
- Permitir a realização da visita pré-admissional no domicílio, por parte da contratada, para avaliação de contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados à instalação e permanência do SAD (condições mínimas de higiene e espaço, orientações e interação com os cuidadores, saneamento básico etc.);
- Colaborar para o zelo e integridade dos equipamentos disponibilizados no domicílio. Os mesmos não devem ser manuseados sem autorização, sob pena de responsabilização por qualquer dano ocorrido. Seu uso indevido pode acarretar risco ao paciente e familiares/cuidadores;
- Manter os materiais, medicamentos e dietas para uso exclusivo do paciente;
- Não alterar, modificar ou oferecer outra dieta ao paciente, em nenhuma hipótese, sem o devido consentimento da equipe assistente;
- Elaborar a dieta artesanal, aquela preparada em casa, quando indicada e após a devida instrução quanto ao seu preparo pelo Nutricionista (quando indicado);

- Indicar o responsável legal pelo paciente durante todo o período da prestação do serviço;
- Permitir a retirada de todos os equipamentos utilizados no Serviço de Assistência Domiciliar (Terapia Oxigenoterapia Domiciliar) , pela empresa contratada, no caso da descontinuidade da assistência domiciliar.

Do Programa de Assistência à Saúde da UFMS (PAS/UFMS):

- Disponibilizar a modalidade de assistência domiciliar (SAD) para os servidores beneficiários do PAS UFMS , através de empresa especializada contratada para este fim e de livre escolha pelo beneficiário;
- Classificar o paciente e seus cuidados , através da atuação de sua equipe multiprofissional ; Decidir pela inclusão, exclusão ou alta do paciente no SAD, considerando o cumprimento das condições expostas neste protocolo, bem como as legais que envolvem o SAD;
- Disponibilizar Rede para a reospitalização, quando indicada,
- Interromper o SAD frente às reospitalizações do paciente, ficando suspenso neste período o pagamento das sessões e acompanhamento profissional e equipamentos.
- Os equipamentos e demais recursos usados para a assistência do paciente poderão ser retirados pela Empresa Contratada durante o período de internação hospitalar.
- A vaga no SAD permanecerá garantida ao paciente após processo de alta hospitalar e prescrição de continuidade da assistência domiciliar pelo médico assistente;
- Prestar esclarecimentos à família/responsáveis pelo paciente, sempre que solicitado, através do telefone (67) 3345-8602 – ramal 8602 ou pelo email: seas.progep@ufms.br, ou ainda diretamente à Secretaria do PAS UFMS [Rua Ufms 116 \(Vila Olinda\), Campo Grande, MS](#) Bloco do PROGEP;
- Executar o Contrato firmado entre o PAS UFMS e empresa CONTRATADA, através da Comissão Executora de Contratos PAS UFMS.

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- O SAD será mantido enquanto houver necessidade de assistência ao paciente, conforme indicação médica;
- A descontinuação do SAD poderá ocorrer, quando:

O paciente não necessitar mais do serviço por ter evoluído com melhora clínica;

Pedido do paciente ou familiar/responsável legal;

Descumprimento das normas previstas no SAD, por parte da família/responsável pelo paciente;

Qualquer mudança no contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados ao SAD, envolvendo condições mínimas de higiene e espaço, orientações e interação com os cuidadores, saneamento básico, incluindo as condições de infraestrutura domiciliar que possam comprometer a segurança, a qualidade e a continuidade do SAD;

Óbito (morte) do paciente;

Havendo suspensão temporária do SAD devido à reospitalização, a reinclusão do paciente no serviço ocorrerá automaticamente após a alta hospitalar.

O tempo para o retorno do paciente ao domicílio dependerá da reestruturação do SAD na residência, incluindo aquele necessário para a recomposição da equipe;

Nos casos de descontinuidade do SAD por outros motivos que não o óbito a reinclusão acontecerá após o cumprimento dos critérios de inclusão no serviço.

Este Termo refere-se à concordância do(a) beneficiário(a) e/ou de seu responsável legal sobre as condições do atendimento domiciliar na modalidade assistência domiciliar oferecidas pelo PAS/UFMS e esta em consonância com as Resoluções vigentes.

O atendimento domiciliar é a forma de atenção à saúde prestada em moradia que se caracteriza por um conjunto de tratamentos e reabilitação com propósito de recuperar a saúde ou minimizar os efeitos de doenças e incapacidades. Está condicionada à limitação temporária ou permanente de locomoção do beneficiário.

O atendimento domiciliar na modalidade assistência domiciliar limita-se às seguintes situações:

I - prestar assistência aos beneficiários em processo de desospitalização, com necessidade de continuidade dos cuidados ambulatoriais iniciados na internação, com o propósito de recuperar sua saúde ou minimizar os efeitos de doenças e incapacidades temporárias;

II - prestar assistência aos beneficiários com quadro crônico de doenças, restritos ao leito, portadores de doenças de longa duração e de progressão lenta.

Para análise da autorização do atendimento domiciliar pela auditoria do PAS/UFMS deverão ser apresentados a solicitação do médico com relatório detalhado com informações sobre diagnóstico, prognóstico, tipo de serviço necessário e previsão de atendimento e este termo de ciência assinado pelo beneficiário ou responsável legal.

A auditoria do PAS/UFMS poderá, a qualquer momento, realizar visita in loco, com equipe multiprofissional, para análise clínica e social, com o objetivo de identificar o enquadramento nos critérios e finalidades do serviço oferecido.

São classificados como serviços cobertos:

I - os tratamentos seriados de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional;

II - consulta nutricional domiciliar;

III - até trinta dias de aluguel de equipamento de oxigênio do tipo CPAP/BIPAP/cilindro de oxigênio/máscara ou cateter nasal.

A partir do 31º dia o aluguel de equipamento de oxigênio será custeado integralmente pelo beneficiário.

Não serão cobertos os serviços de:

I - cuidadores;

II - enfermagem, aplicação de injeções, vacinas e medicação intramuscular ou endovenosa;

III - consultas e acompanhamento médico domiciliar;

IV - dietas em geral, incluindo as industrializadas;

V - aparelhos de uso pessoal, materiais e órteses.

O(A) beneficiário(a) ou responsável declara estar ciente dos limites do atendimento domiciliar estabelecidos, e de que a presente autorização, concedida por simples liberalidade, não é obrigatória ao PAS/UFMS, bem como a incidência de cobrança do fator participativo conforme estipulado nas normas vigentes do PAS UFMS.

Declara ainda, estar ciente de que a realização do atendimento domiciliar objeto deste termo cuja realização foi autorizada mas não implica na inclusão deste ou de quaisquer outros procedimentos e ou exames no âmbito da cobertura, visto que não é um serviço obrigatório por lei.

E por estarem assim justos e acordados, firmam as partes supramencionadas o presente, em duas vias de idêntico teor.

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____, RG:

_____, CPF _____, Grau de

parentesco: _____

Assinatura: _____

Município, _____ de _____ de 20____

CONTATOS COM O PAS UFMS :

(67) 3345-8602 – ramal 8602 – Email: seas.progep@ufms.br Endereço: :Rua Ufms 116 (Vila Olinda), Campo Grande, MS Bloco do PROGEP CEP: 79070-900

O atendimento realizado pelo SAD será em dias úteis, de segunda a sexta-feira, das 7h às 11h e das 13h às 17h, e abrange exclusivamente o perímetro urbano do município de Campo Grande e interior MS.

_____/MS, _____, de _____, de _____.

Assinatura do(a) beneficiário ou responsável pelo(a) beneficiário(a).

(67) 3345-8602 – ramal 8602 – Email: seas.progep@ufms.br Endereço: :Rua Ufms 116 (Vila Olinda), Campo Grande, MS Bloco do PROGEP CEP: 79070-900