



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE INSUMOS AOS PORTADORES DE  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECAL**

**FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA MÉDICA PARA A CONCESSÃO DE FRALDAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			
CPF:	Cartão SUS:	Prontuário/Unidade de Saúde:	
Título de Eleitor - Número:	Local de votação (Município-Estado):	Seção:	Zona:
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Telefone:
Endereço:			Bairro:
CEP:	Cidade: <b>MACEIÓ</b>	Estado: <b>ALAGOAS</b>	
SEGUIMENTO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Outros _____			
Unidade de Saúde/ Serviço de Saúde: _____			
TODAS AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRECISAM SER PREENCHIDAS PELO MÉDICO SOLICITANTE			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (ESPECIFICAR O TIPO DE FRALDA, O TAMANHO E A QUANTIDADE NECESSÁRIA)			
TIPO DE INCONTINÊNCIA		PATOLOGIA(S) ASSOCIADA(S)	
URINÁRIA	FECAL		
CID-10: _____	CID-10: _____	CID-10: _____	
MÉDICO PRESCRITOR (Médico que faça parte da equipe que acompanha o paciente): <small>(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)</small>			Data:
<b>Em caso de PATOLOGIAS NÃO CONTEMPLADAS NA TABELA DE PATOLOGIAS ASSOCIADAS (VERSO), que causem incontinências, favor anexar RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO DA PATOLOGIA com JUSTIFICATIVA PARA PRESCRIÇÃO, acompanhado pelo CID-10. Se necessário solicitaremos, complementarmente, cópias de exames diagnósticos necessários para avaliação nesta SMS-Maceió.</b>			
PROFISSIONAL AVALIADOR DA CGFB: <small>(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)</small>			Data:

## TABELAS DE INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES AUXILIARES E ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA MÉDICA

TIPOS DE INCONTINÊNCIA E PATOLOGIAS ASSOCIADAS			
CID-10	TIPO DE INCONTINÊNCIA	G 80	Paralisia cerebral infantil
N 31.0	Bexiga neuropática não inibida	G 82	Paraplegia e Tetraplegia
N 31.1	Bexiga neuropática	G 83.8	Outras síndromes paralíticas especificadas
N 39.4	Outras incontinências urinárias	G 83.9	Síndrome paralítica não especificada
K 59.2	Cólon neurogênico	G 93.1	Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
CID-10	PATOLOGIAS ASSOCIADAS CONTEMPLADAS	I 61	Hemorragia intracerebral
F 00	Demência na doença de Alzheimer	I 64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
F 01	Demência vascular	Q 05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
F 02.3	Demência na doença de Parkinson	Q 05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
F 72	Retardo mental grave	T90.5	Seqüelas de traumatismo intracraniano
G12.2	Doença do neurônio motor (Esclerose Lateral Amiotrófica)	T91.1	Seqüelas de fratura de coluna vertebral

GUIA AUXILIAR PARA TAMANHO DE FRALDAS			
TIPO	TAMANHO	PESO	CINTURA
Geriátrica	Pequena	30 - 40 Kg	50 - 80 cm
Geriátrica	Média	40 - 70 Kg	80 - 115 cm
Geriátrica	Grande	70 - 90 Kg	115 - 150 cm
Geriátrica	Extra Grande (EG)	>90 Kg	120 - 165 cm
Pediátrica	Média	5 - 10 Kg	-
Pediátrica	Grande	10 - 14 kg	-
Pediátrica	Extra Grande (EG)	14 - 16 Kg	-
Pediátrica	Extra GG (EGG)	16 - 25 Kg	-

ESPECIFICAÇÕES DAS FRALDAS FORNECIDAS	
TIPOS DE FRALDAS	
PEDIÁTRICA E GERIÁTRICA	
TAMANHOS	
PEDIÁTRICAS	GERIÁTRICAS
M, G, EG e EGG	P, M, G e EG
QUANTIDADE MÁXIMA	
4 fraldas/dia (120 fraldas/mês)	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** - Devem ser preenchidos todos os campos;

**PRESCRIÇÃO MÉDICA** - Deve ser preenchido pelo médico prescritor e conter no mínimo as informações referentes à especificação do tipo de fralda, o tamanho e a quantidade necessária em unidades/dia ou unidades/mês;

**TIPO DE INCONTINÊNCIA** - Os campos urinária e fecal devem ser preenchidos pelo médico prescritor com os respectivos CID's, se utilizando a tabela de informação acima (Tipos de incontinência e patologias associadas) como referência. Caso o paciente só possua uma das incontinências, o outro campo deverá ser invalidado com o termo "não se aplica" ou "N/A";

**PATOLOGIA ASSOCIADA** - O campo deve ser preenchido pelo médico prescritor com o respectivos CID da patologia associada contemplada, se utilizando a tabela de informação acima (Tipos de incontinência e patologias associadas) como referência. Caso a patologia não esteja contemplada na tabela, será necessário **relatório médico detalhado da patologia com justificativa para prescrição**, acompanhado pelo CID-10. Se necessário solicitaremos, complementarmente, cópias de exames diagnósticos necessários para avaliação nesta SMS-Maceió.

**MÉDICO PRESCRITOR** - Neste campo deve ser efetuada a assinatura e aposição do carimbo de identificação do médico prescritor, seguido do preenchimento do campo data, constando dia, mês e ano da prescrição.

### FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE FRALDAS

Com a finalidade de protocolar a solicitação de fraldas, deverá o paciente ou seu representante comparecer ao setor de Protocolo da sede da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, à Rua Dias Cabral, nº 569, Centro, de posse dos seguintes documentos, originais e cópias:

#### DO PACIENTE

1. Cartão do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS);
2. Documento de identificação com foto (Registro Geral (RG), Carteira de Trabalho, Identidade de Conselhos Profissionais ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH));
3. Cadastro de Pessoa Física (CPF);
4. Título de Eleitor (maiores de 18 anos);
5. Comprovante de endereço atualizado (últimos dois meses) - necessariamente boletos de cobrança de companhias oficiais de fornecimento de serviços públicos (por exemplo: água e esgoto, luz, gás, Detran) e de instituições bancárias e/ou financeiras;
6. Formulário de justificativa médica para a concessão de fraldas, preenchido completamente pelo médico assistente, incluindo a prescrição médica dos insumos com Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) que o paciente apresente e que causaram a incontinência urinária ou fecal, contendo definição do tipo, tamanho e consumo diário da fralda.

#### DO REPRESENTANTE

1. Documento de identificação com foto (Registro Geral (RG), Carteira de Trabalho, Identidade de Conselhos Profissionais ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH));
2. Cadastro de Pessoa Física (CPF);



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS PARA PORTADORES DE  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECAL**

**FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO DA CONCESSÃO DE FRALDAS**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:</b> Nome: _____			
CPF: _____	Cartão SUS: _____	Prontuário: _____	
Data de nascimento: _____	Idade: _____	Sexo: _____	Telefone: _____
Endereço: _____			Bairro: _____
CEP: _____	Cidade: <b>MACEIÓ</b>	Estado: <b>ALAGOAS</b>	

PESO (Kg): _____
CINTURA (cm): _____

QUANTIDADE NECESSÁRIA (Máximo de 4 fraldas/dia) _____ fraldas/dia
---

Tipo: <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Geriátrica
Tamanho da Fralda: <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG

Presença de: <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> Lesão de pele <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____ _____
---

Guia auxiliar para tamanho de fraldas			
TIPO	TAMANHO	PESO	CINTURA
Geriátrica	Pequena	30 - 40 Kg	50 - 80 cm
Geriátrica	Média	40 - 70 Kg	80 - 115 cm
Geriátrica	Grande	70 - 90 Kg	115 - 150 cm
Geriátrica	Extra Grande (EG)	90 - 110 Kg	120 - 165 cm
Pediátrica	Grande	10 - 14 kg	-
Pediátrica	Extra Grande (EG)	14 - 16 Kg	-
Pediátrica	Extra GG (EGG)	16 - 25 Kg	-

<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE DA RENOVAÇÃO*</b> (* Médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo ou farmacêutico que efetivamente façam parte da equipe de acompanhamento do paciente.)  (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	Data: _____
<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR DA RENOVAÇÃO**</b> (** Profissional com delegação para a função que efetivamente façam parte da equipe do DAS e /ou CFB da SMA-Maceió.)  (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	Data: _____

**OBSERVAÇÕES PERTINENTES AO PACIENTE DEVEM SER ESCRITAS NO VERSO.**





PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS PARA PORTADORES DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECAL</b>			
<b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CONCESSÃO DE DISPOSITIVO EXTERNO TIPO CONDOM URIPEN – EXCLUSIVO PARA PACIENTES SEXO MASCULINO (SÓ NA INICIAL)</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:</b> Nome: _____			
CPF:	Cartão SUS:	Prontuário:	
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Telefone:
Endereço:			Bairro:
CEP:	Cidade: <b>MACEIÓ</b>	Estado: <b>ALAGOAS</b>	
Estado civil:			Peso:
Profissão/ ocupação:		Escolaridade:	

<b>SEGUIMENTO DO PACIENTE:</b> <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Outros _____
Unidade de Saúde/ Serviço de Saúde: _____ _____

Diagnóstico clínico (CID 10): \_\_\_\_\_

Há quanto tempo tem este problema? \_\_\_\_\_

**Tipos de incontinência e sintomas:**

- Incontinência urinária de esforço - o sintoma inicial é a perda de urina quando a pessoa tosse, ri, faz exercício, movimenta-se;
- Incontinência urinária de urgência - mais grave do que a de esforço, caracteriza-se pela vontade súbita de urinar que ocorre em meio as atividades diárias e a pessoa perde urina antes de chegar ao banheiro;
- Incontinência mista - sintoma mais importante é a impossibilidade de controlar a perda de urina pela uretra;
- Enurese noturna - perda de urina involuntária durante o sono.

Tem condições de realizar o procedimento (colocação de URIPEN)?  Sim  Não

Se já utiliza URIPEN, quantas usa ao mês? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo realiza o URIPEN? \_\_\_\_\_

**Foi realizada orientação quanto:**

- Autocuidado  Higiene  Sinais infecção  Manuseio do dispositivo (sonda externa tipo condom)

Episódios de:  Infecção urinária  Sangramento  Dor  Outros: \_\_\_\_\_

Dispositivo externo (tamanho do condom):  P  M  G Utiliza fralda? ( ) Sim ( ) Não

Se "SIM", quantas ao dia? \_\_\_\_\_ Se "SIM", em que período do dia?  Dia  Noite  Dia e noite

Se "SIM": qual tipo?  Pediátrica  Geriátrica Se "SIM": qual o tamanho?  P  M  G  GG  XGG

Tipo de coletor de urina recomendado:  coletor de perna  coletor de 2000 ml

<b>MÉDICO PRESCRITOR</b> (Médico que faça parte da equipe que acompanha o paciente)  (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	Data: _____
<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR DA RENOVAÇÃO**</b> (*Profissional com delegação para a função que efetivamente façam parte da equipe da CFB/SMA-Maceió)  (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	Data: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS PARA PORTADORES DE  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECAL

FORMULÁRIO DE **RENOVAÇÃO** DA CONCESSÃO DE DISPOSITIVO EXTERNO TIPO CONDOM  
URIPEN - EXCLUSIVO PARA PACIENTES SEXO MASCULINO

**RENOVAÇÃO - URIPEN**

Nome:			
CPF:	Cartão SUS:		Prontuário:
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Telefone:
Endereço:			Bairro:
CEP:	Cidade: <b>MACEIÓ</b>	Estado: <b>ALAGOAS</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>PESO (kg):</b> _____
<b>CINTURA (cm):</b> _____

QUANTIDADE NECESSÁRIA DE FRALDAS (Máximo de 1 fralda/dia)  _____ fralda/dia
Justifique abaixo se necessário maior quantidade.
ESPECIFICAÇÃO DA FRALDA: (VIDE TABELA NO VERSO)
TIPO: <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Geriátrica
TAMANHO: <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> XGG

DISPOSITIVO (URIPEN)  Condom: <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G
COLETOR DE URINA  <input type="checkbox"/> coletor de perna <input type="checkbox"/> coletor de 2000 ml

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE DA RENOVACÃO*</b> (* Médico, enfermeiro ou farmacêutico que efetivamente façam parte da equipe de acompanhamento do paciente)	Data:
(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	
<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR DA RENOVACÃO**</b> (* **Profissional com delegação para a função que efetivamente façam parte da equipe da CFB da SMA-Maceió.)	Data:
(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

(VERSO)

**FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO DA CONCESSÃO DE DISPOSITIVO EXTERNO TIPO CONDOM  
URIPEN - EXCLUSIVO PARA PACIENTES SEXO MASCULINO**

<b>GUIA AUXILIAR PARA TAMANHO DE FRALDAS</b>			
<b>TIPO</b>	<b>TAMANHO</b>	<b>PESO</b>	<b>CINTURA</b>
Geriátrica	Pequena	30 - 40 Kg	50 - 80 cm
Geriátrica	Média	40 - 70 Kg	80 - 115 cm
Geriátrica	Grande	70 - 90 Kg	115 - 150 cm
Geriátrica	Extra Grande (EG)	90 - 110 Kg	120 - 165 cm
Pediátrica	Grande	10 - 14 kg	-
Pediátrica	Extra Grande (EG)	14 - 16 Kg	-
Pediátrica	Extra GG (EGG)	16 - 25 Kg	-

**COLETOR EXTERNO MASCULINO DISPOSITIVO TIPO CONDOM (URIPEN)**

<b>TIPO (DISPOSITIVO)</b>	<b>TAMANHO</b>
Coletor externo tipo condon	Pequeno
Coletor externo tipo condon	Médio
Coletor externo tipo condon	Grande

<b>TIPO (COLETOR)</b>	<b>TIPO</b>
Coletor de urina	coletor de urina de perna 500ml, confeccionado em PVC atóxico pneumático, sistema fechado, válvula anti-refluxo, conector de entrada e saída de drenagem, tiras de borracha laminada para fixação na perna
Coletor de urina	coletor de urina adulto - 2000ml, com cordão