



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: _____	
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: _____

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:</b> <small>(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)</small>	Data: _____
---	-------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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	G83.8	Outras síndromes paralíticas especificadas
R32	Incontinência urinária	G83.9	Síndrome paralítica não especificada
R15	Incontinência fecal	G93.1	Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
CID-10	PATOLOGIAS ASSOCIADAS CONTEMPLADAS	I61	Hemorragia intracerebral
F00	Demência na doença de Alzheimer	I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
F01	Demência vascular	N31	Disfunções neuromusculares
F02.3	Demência na doença de Parkinson	N811	Cistocele
F72	Retardo mental grave	Q05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
G12.2	Doença do neurônio motor (Esclerose Lateral Amiotrófica)	Q05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
G80	Paralisia cerebral infantil	T90.5	Seqüelas de traumatismo intracraniano
G82	Paraplegia e Tetraplegia	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 devem 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. 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;
5. 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 apresenta 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);