

## SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TUBERCULOSE HOSPITAL NESTOR GOULART REIS

Nome:  
Nome Social:  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO  
Gênero: ( ) Mulher ( ) Homem ( ) Mulher Trans ( ) Homem Trans ( ) Não Binário ( ) Outro:  
Se Não Binário, preferência de internação em Ala: ( ) Feminina ( ) Masculina  
Nome da mãe:  
CPF:  
Email (responsável pela solicitação):  
Telefone:

### Critérios para solicitação:

Esta unidade destina-se exclusivamente a pacientes com diagnóstico de **Tuberculose**, que necessitem de internação de **longa permanência** e que se enquadrem **em pelo menos um critério** de cada item (tuberculose confirmada + vulnerabilidade social + histórico de descontinuidade do tratamento):

#### 1- Tuberculose confirmada:

- ( ) Baciloscopia
- ( ) Cultura
- ( ) TB-TRM
- ( ) LF-LAM

**Observação: Obrigatório enviar cópia do resultado positivo**

**Nº SINAN TB: (obrigatório)**

#### 2- Vulnerabilidade Social:

- ( ) Pacientes em situação de rua ou condições de moradia insalubres/precárias que impedem o isolamento e o tratamento adequado.
- ( ) Incapacidade de autocuidado: Pacientes que, devido a quadros de drogadição ou outros não conseguem manter o tratamento de forma autônoma.

#### 3- Histórico de Descontinuidade:

- ( ) Casos de abandono de tratamento anterior, recidivas frequentes, falha no Tratamento Diretamente Observado (TDO) na rede básica

**Observação: enviar relatório social e cópia do TDO ou DOT**

- ( ) Ordem Judicial

- Anexar junto à solicitação:

- Avaliação do grau de dependência **(em anexo)**;
- Termo de consentimento livre e esclarecido próprio do HNGR devidamente assinado pelo paciente **(em anexo)**;
- Relatório médico **(em anexo)**;
- Relatório social atualizado;
- Exames que comprovem o diagnóstico de tuberculose **(enviar resultado positivo)** e exames atualizados **(máximo 3 meses)**;
- **É fundamental as informações estejam incluídas no TBweb e GAL.**

## Termo de Consentimento

### HOSPITAL NESTOR GOULART REIS

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ declaro que estou ciente e de acordo com a internação no **Hospital Nestor Goulart Reis**, localizado no município de Américo Brasiliense/SP, unidade de longa permanência destinada ao **tratamento da Tuberculose**, cujo tempo de internação pode variar de **03 (três) a 18 (dezoito) meses**, conforme o tipo de tratamento indicado pela equipe de saúde.

Declaro, ainda, que fui devidamente orientado(a) e estou de acordo com as normas institucionais, comprometendo-me a cumpri-las integralmente, dentre elas:

1. Não é permitida a entrada ou permanência na unidade com **malas, dinheiro, telefone celular, notebook ou quaisquer outros dispositivos eletrônicos**, conforme normas internas do hospital.
2. A instituição adota a Política do “**ZERO TABACO**”, sendo proibido o uso ou consumo de cigarros, derivados do tabaco ou dispositivos similares em todas as dependências do hospital.
3. Estou ciente de que a **evasão hospitalar** (saída sem autorização da equipe responsável) implicará perda imediata do direito à continuidade da internação, não sendo garantido novo acolhimento na unidade.
4. Estou ciente de que qualquer envolvimento em **brigas, agressões físicas ou verbais**, bem como atitudes que coloquem em risco a segurança de outros pacientes, profissionais ou da instituição, resultará no acionamento da Polícia Militar e na perda do direito à vaga de internação, além das demais medidas cabíveis.
5. **Visitas** são liberadas somente para **pessoas da família** ou identificada como **rede de apoio** social do usuário, previamente identificadas pelo Serviço Social, com idade igual ou maior a 18 anos.

Declaro que recebi todas as informações necessárias, tive oportunidade de esclarecer dúvidas e assino o presente termo de forma livre e consciente, concordando integralmente com as condições aqui descritas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Paciente / Responsável Legal

## AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

1- **Nível de Consciência:** Consciente( ) Inconsciente( ) Orientado( ) Confuso( ) Sonolento( )

**2- Mobilidade Física:**

MMSS Preservada: Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_

MMII Preservada: Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_

Deambula( ) Deambula com auxílio( ) Acamado( ) Faz uso de cadeiras de rodas ( )

**3- Avaliação respiratória:**

Ventilação: Espontânea em ar ambiente( ) CNO2( ) \_\_\_\_\_ Traqueostomia( )

Tosse: Seca( ) Produtiva( ) Escarro Hemoptoico( )

**4- Avaliação da Hidratação e Eliminação Vesical:**

Eliminação Urinária: Espontânea( ) SVD( )

Dieta: Suspensa( ) Oral( ) Enteral( )

Hemodiálise: Sim( ) Não( )

**5- Avaliação de pele:**

Íntegra( ) Lesões( ): \_\_\_\_\_ Ferida: \_\_\_\_\_ Tipo/ local: \_\_\_\_\_

Estágio: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV

**6- Avaliação das atividades básicas da vida diária:**

Independente ( ) Com supervisão ( ) Dependência mínima ( ) Dependência moderada ( )

Dependência total ( )

**7- Avaliação da comunicação:**

Comunicação adequada( ) Dificuldade de comunicação( ) Uso de linguagem verbal( ) Uso de linguagem não verbal( ) Permanece em silêncio( )

Conhece seu problema de saúde? Sim( ) Não( )

**8- Avaliação da terapêutica:**

Uso de medicação EV( ) Uso de medicação IM/VO( )

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

**Forma de Tuberculose:** ( ) Pulmonar ( ) Miliar ( ) Meningoencefálica ( ) Disseminada ( ) Pleural  
( ) Outras: \_\_\_\_\_

**Baciloscopia:**

( ) Positiva ( ) Negativa ( ) Não realizada

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cultura:**

( ) Positiva ( ) Negativa ( ) Não realizada

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TB-TRM:** ( ) Positivo sensível à Rifampicina ( ) Positivo Resistente à Rifampicina ( ) Positivo Traços  
( ) Negativo ( ) Não Realizado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**LF-LAM (apenas pacientes vivendo com HIV):** ( ) Positivo ( ) Negativo ( ) Não realizado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sensibilidade:**

( ) TB sensível

( ) TB resistente

Tipo de resistência: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Exames de imagem:**

( ) Radiografia de tórax ( ) Tomografia de tórax ( ) Não realizado

Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Teste de HIV:**

( ) Positivo ( ) Negativo ( ) Não realizado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TARV: ( ) Em tratamento ( ) Não iniciado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esquema: \_\_\_\_\_

Obs: Anexar resultados dos exames listados acima ao relatório médico

**Tratamento atual:**

Início fase de ataque: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esquema:

Número de doses: \_\_\_\_

Início fase de manutenção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esquema:

Número de doses: \_\_\_\_

TDO: ( ) Sim ( ) Não

Obs: anexar ao relatório médico ficha de Tratamento Diretamente Observado.

Interrupção: ( ) Sim ( ) Não Motivo: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

**Tratamentos prévios:**

Número de tratamentos prévios: \_\_\_\_ Abandonos: \_\_\_\_ Completos (alta cura): \_\_\_\_

Esquemas utilizados:

