



Instrumento de Compartilhamento do Cuidado com equipe eMULTI

ATENÇÃO: esse documento deve ser preenchido online e enviado via Correio Interno SIGSS, em formato PDF, para destinatário: EQUIPE EMULTI AMPLIADA, com Assunto A/C (categoria do profissional de destino)

Para qual profissional da eMULTI é o compartilhamento?

() Assistente Social () Educador Físico () Fisioterapeuta

() Fonoaudióloga () Nutricionista () Psicóloga

Data do compartilhamento: ____/____/____

Nome Completo do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Endereço: Rua _____ nº: _____ Ponto de referência: _____

Unidade de Saúde de Referência: _____

Paciente possui cadastro individual e domiciliar atualizado: () SIM () NÃO

Paciente recebeu visita do ACS nos últimos 30 dias: () SIM () NÃO

Possui registro de estratificação de Risco Familiar atualizada? () SIM () NÃO

Se sim: () Baixo Risco () Médio Risco () Alto Risco

Se idoso, tem registro do IVCF-20: () SIM () NÃO

Se sim: () Idoso Robusto () Em risco de Fragilidade () Idoso Frágil

Tem registro do IVSF-10: () SIM () NÃO

Se sim: () Baixo Risco () Médio Risco () Alto Risco

Se gestante, iniciou o pré-natal: () SIM () NÃO

Risco Gestacional: () Habitual () Intermediário () Alto

Breve relato da demanda de atendimento (o que motivou a equipe a compartilhar o cuidado com a equipe eMULTI):