

AVISO DE SINISTRO - IFPD

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:		
DATA DA PRIMEIRA CONSULTA ____/____/____	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA ____/____/____	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
QUAL O HISTÓRICO DA DOENÇA DO PACIENTE?		
QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS?		
QUAL O TRATAMENTO REALIZADO? (CLÍNICO, CIRÚRGICO ETC.)		
QUAL O QUADRO CLÍNICO ATUAL DO PACIENTE?		QUAL O PROGNÓSTICO?
ENCONTRAM-SE ESGOTADAS AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE?		
EM CASO DE CARDIOPATIA INFORMAR A CLASSE FUNCIONAL DE NYHA		
TRATANDO-SE DE PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS, INFORMAR O GRAU DE DEFICIÊNCIA VISUAL DE CADA OLHO SEPARADAMENTE		
EM CASO DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS OU PSIQUIÁTRICOS, INFORMAR SE EXISTE ALIENAÇÃO MENTAL TOTAL		
CASO HAJA PERDA DE MOVIMENTOS, QUAL(IS) MEMBRO(S) ATINGIDO(S)?		A PERDA É PARCIAL OU TOTAL?
O PACIENTE É PORTADOR DE OUTRAS MOLÉSTIAS? QUAL(IS)?		
<p>ACERCA DAS RELAÇÕES DO PACIENTE COM O COTIDIANO:</p> <p>() O paciente mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades de vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p> <p>() O paciente apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ao prejuízo intelectual ou de cognição.</p> <p>() O paciente apresenta-se retido ao lar; tem perda de mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>		

ACERCA DAS RELAÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO PACIENTE:

() O paciente apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação. Não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.

() O paciente apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante(assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.

() O paciente apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiência em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido(controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.

ACERCA DA CONECTIVIDADE DO PACIENTE COM A VIDA:

() O paciente realiza, sem auxílio as atividade de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar-se com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.

() O paciente necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares(misturar e cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir alimentos com uso de copo, prato e talheres).

() O paciente necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho as necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.

A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO, E/OU HÁ IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) SUPERIOR A 40? () SIM () NÃO

HÁ RISCOS DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E/OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO? () SIM () NÃO

HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA? () SIM () NÃO

EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE? () SIM () NÃO

CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU E SUPORTE À SOBREVIDA E/OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA? () SIM () NÃO

O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA

NOME DO MÉDICO:			Nº CRM:	
ENDEREÇO:				
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:	
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):		
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO		