

**SERVIÇO DE ATENÇÃO
AOS OSTOMIZADOS**

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO 1 - LAUDO MÉDICO PARA OSTOMIZADOS

1 - DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F Telefones: _____

2 - DADOS CLÍNICOS/CIRÚRGICOS

2.1 - Patologia de base: _____ CID: _____

2.2 - História clínica/Doença básica: _____

2.3 - Tratamento complementar: () Radioterapia () Quimioterapia - Descrever metástase à distância, se houver: _____

2.4 - Malformações associadas: () Cardíaca () Vertebrais () Sacrais () Cromossômicas () Agenesia Renal
() Refluxo Vesico Uretral () Hidronefrose () Hipospadia () Rins em Ferradura () Displasia Renal
() Outras: _____

2.5 - Hospital que realizou a cirurgia: _____ Data da cirurgia: ____/____/____

2.5.1 - Descrever cirurgia: _____

2.6 - Tipo de ostomia/ Técnica cirúrgica

2.6.1 - Ostomia urinária: () Uretra () Ureter () Bexiga

2.6.2 - Ostomia digestiva - Intestino delgado: () Duodeno () Íleo () Jejunum

Intestino grosso: () Ceco () Transverso () Sigmóide

2.6.3 - Técnica cirúrgica: () Em alça () Hartmann () Dupla boca () Amputação do reto/ânus

Tamanho do coto retal: _____ cm.

2.7 - Classificação de permanência: () Temporária () Definitiva

2.8 - Fístula: () Não () Sim () Reto-Uretral () Reto Vesical () Perineal () Reto Vestibular
() Outra: _____

2.9 - Possibilidade de reversão: () Sim () Não Prazo previsto: _____ Impedimentos atuais para a reversão: _____

2.9.1 - O médico assistente vai fazer a reversão do ostoma: () Sim () Não

Hospital para fazer a reversão: _____

Em caso negativo justificar: _____

3 - COMORBIDADES: () Diabetes () HAS () Obesidade () Outras: _____

Obs: trazer cópias para compor o prontuário - Laudo do cirurgião, resultados de exames, situação previdenciária (auxílio doença, aposentadoria).

Hospital: _____ Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico: _____

**SERVIÇO DE ATENÇÃO
AOS OSTOMIZADOS**

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO 1 - LAUDO MÉDICO PARA OSTOMIZADOS

NORMATIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO

Documento original:

Laudo médico padronizado para o Serviço de Atenção aos Ostomizados.

Cópia:

Documento pessoal: Carteira de Identidade ou Carteira de Trabalho e CPF;

Obs.: se o usuário for criança, é preciso também um documento do responsável legal.

Cartão Nacional de Saúde (SUS);

Comprovante de residência;

De todos os laudos médicos hospitalares;

De todos os laudos e exames de imagem que foram feitos.

Obs.:

1. Para abrir o processo, é necessário que compareça o próprio usuário ou, na impossibilidade deste, um familiar ou cuidador que saiba informar a situação do paciente em relação a ostomia.

2. No decorrer do tratamento, trazer cópias atualizadas dos laudos médicos, resultados de exames: histopatológico, tomografia, colonoscopia, entre outros e comprovantes de endereços e telefones sempre que houver mudança.

LAUDO DE ATUALIZAÇÃO:

Data do laudo anterior: ____/____/____

Tipo e classificação da ostomia: _____

Data da cirurgia: ____/____/____

Prazo previsto para reversão: _____

Nome do profissional médico: _____

Hospital: _____