TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE

ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR	SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?		
O domicílio é livre de risco?		
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?		

Se responder ´´**NÃO**`` a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.

GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR		
	24 HORAS	12 HORAS	ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	☐ Por mais de 12 horas/dia	☐ Até 12 horas/dia	☐ Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	☐ Mais de 5 vezes/dia	☐ Até 5 vezes/dia	☐ Não utiliza
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	☐ Por mais de 12 horas/dia	☐ Até 12 horas/dia	☐ Não utiliza
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	☐ Mais de 4 vezes/dia		☐ Até 4 vezes/dia

Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), **considerar a maior complexidade assinalada**, ainda que uma única vez.

GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)**	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0	NENHUMA **OU** LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES **OU** ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE				
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO		

PONTUAÇÃO FINAL:

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) **Curativos** ( ) **Medicações Parenterais** ( ) **Outros Programas**	De 12 a 17 Pontos	Considerar **Internação Domiciliar 12h**
De 6 a 11 Pontos	Considerar **Atendimento Domiciliar Multiprofissional** (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	18 ou mais Pontos	Considerar **Internação Domiciliar 24h**

APC/16

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

*** Excluso medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ESCORE DE KATZ

ATIVIDADES		INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)		DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)
BANHAR-SE		BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.		NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE		PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.		NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.
IR AO BANHEIRO		DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.
TRANSFERÊNCIA		SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.		NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.
CONTINÊNCIA		TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).		É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.
ALIMENTAÇÃO		LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.		NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.

PONTUAÇÃO KATZ:

CLASSIFICAÇÃO KATZ

5 OU 6	INDEPENDENTE	**3 OU 4**	DEPENDÊNCIA PARCIAL	**< 2**	DEPENDENTE TOTAL

Assinatura e Carimbo		**Data**	____/____/____

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.

b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.

c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.

ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.

iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.

b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.

c) No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.

d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.