

## ANEXO 01 - ENCAMINHAMENTO À UPA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

### ENCAMINHAMENTO À UPA

Unidade responsável pelo encaminhamento:

Encaminho o (a) paciente \_\_\_\_\_,

CNS/ CPF: \_\_\_\_\_, para a UPA: \_\_\_\_\_,

apresentando a (s) seguinte (s) complicação (ões):

( ) Lesão do canal da uretra

( ) Sangramento moderado ou intenso

( ) Resistência uretral durante a passagem

Sinais vitais:

PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg | TAX: \_\_\_\_\_ °C | SPO2: \_\_\_\_\_ % | FC: \_\_\_\_\_ bpm | FR: \_\_\_\_\_ ipm;

Nível de dor:

### **INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

---

Assinatura e carimbo do Médico ou Enfermeiro

ANEXO 02 - ENCAMINHAMENTO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO DISTRITO PARA UBS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

**ENCAMINHAMENTO À UBS**

Unidade responsável pelo encaminhamento:

Encaminho o (a) paciente \_\_\_\_\_,  
CNS/ CPF: \_\_\_\_\_, residente no endereço: \_\_\_\_\_,  
à UBS/USF: \_\_\_\_\_, para ser acompanhado na referida unidade  
para inserção/ troca de cateter vesical de demora.

**Sonda nº:** \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

**ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:**

O paciente deve apresentar este encaminhamento à UBS no prazo máximo de 5 dias úteis.  
Havendo necessidade de retorno à Unidade de Saúde devido a problemas com a sondagem, no prazo máximo de 15 dias, o paciente deve retornar à Unidade de Referência de Distrito onde realizou o procedimento.

Ciência do paciente ou responsável:

\_\_\_\_\_

polegar direito

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do profissional responsável pelo encaminhamento  
(Enfermeiro/Médico)

\_\_\_\_\_  
Ciência do (a) farmacêutico (a)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Cadastro de paciente para cateterismo vesical de demora**

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Unidade de saúde:      |                        |
| Nome do usuário        |                        |
| Data de nascimento:    | Sexo: ( ) M ( ) F      |
| CNS:                   | CPF                    |
| Endereço:              |                        |
| Sonda de Foley nº      |                        |
| 1º Dispensação - Data: | Número da disp. Hórus: |
| 2º Dispensação - Data: | Número da disp. Hórus: |
| 3º Dispensação - Data: | Número da disp. Hórus: |
| 4º Dispensação - Data: | Número da disp. Hórus: |

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Enfermeiro/Médico