

ANEXO I

Padronização de dispensação mensal de insumos para usuários com necessidade de cateterismo vesical intermitente atendidos na Rede Municipal de Saúde de Maceió

Unidade de saúde:	
Nome do usuário:	
Data de nascimento:	Sexo: () M () F
Data da solicitação:	Profissional responsável:
Data de dispensação: 1º ____/____/____ 2º ____/____/____ 3º ____/____/____	Profissional responsável:

Insumo	Quantidade máxima permitida (consumo mensal)	Quantidade solicitada	Quantidade dispensada
Sonda uretral	150 unidades Tamanho: () 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16		1º _____ 2º _____ 3º _____
Lidocaína gel 2% 30g	6 unidades		1º _____ 2º _____ 3º _____
Gaze estéril	50 pacotes		1º _____ 2º _____ 3º _____
Luvas de procedimento: caixa com 100 unidades (apenas para usuários assistidos por cuidadores)	3 caixas Tamanho: () PP () P () M () G		1º _____ 2º _____ 3º _____

Assinatura de quem recebeu os insumos: 1º _____

2º _____

3º _____