

ANEXO VII – TERMO DE COMPROMISSO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (CONSENTIMENTO INFORMADO)

Beneficiário: N° do cartão do Saúde CAIXA:

Data de Nascimento: / / Titular:

Endereço do Paciente (onde se prestará a assistência)

▪ SIGLAS:

PAD –Plano de Atenção Domiciliar;

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

I.O PAD destina-se àqueles pacientes que preencham os critérios de inclusão, previstos no [MN, [RH223](#)] e na Cartilha de Atenção Domiciliar, dentre os quais:

- 1.que as condições clínicas do paciente permitam seu cuidado em domicílio;
2. que a prestação dos serviços em regime domiciliar tenha sido indicada pelo médico assistente do paciente hospitalizado;
- 3.que o paciente seja assistido por responsável, em tempo integral, durante o tratamento domiciliar;
- 4.que haja corresponsabilidade dos familiares e do paciente nos cuidados e cumprimento do PAD estabelecido;
- 5.que o domicílio disponha de espaço suficiente e de infraestrutura que permita a prestação da Atenção Domiciliar indicada pelo médico assistente do paciente e autorizada pela CAIXA;
6. que o responsável, os familiares e o paciente sigam, criteriosamente, as orientações dos profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar;
- 7.que o responsável indicado e o cuidador (quando autorizado cuidador) comprometam-se em comunicar com a devida urgência, ao médico assistente ou à CAIXA, possíveis alterações no estado de saúde do paciente.

II.Para que o paciente utilize da melhor maneira os serviços de Atenção Domiciliar, deverão ser observadas as orientações a seguir:

1.Ao paciente incluído no PAD, será disponibilizado um Prontuário Único de Atenção Domiciliar, fornecido pela empresa autorizada a prestar o SAD;

2.O Prontuário deverá ser mantido no domicílio do paciente e será utilizado para registro dos seguintes serviços:

- Anotação das visitas e/ou consultas realizadas pelos profissionais de saúde, conforme previsto no PAD;
- Evolução do quadro clínico do paciente;
- Anotação de medicamentos e dietas administrados ao paciente;
- Anotação dos demais serviços prestados ao paciente;
- Leitura e avaliação pelos profissionais de saúde que atuarão no atendimento ao paciente.

3.O responsável ou cuidador deverá adotar as providências para guarda e preservação do Prontuário, bem como deverá devolvê-lo à empresa autorizada para prestação do SAD, quando da cessação dos serviços contratados no PAD.

4.O Responsável ou Cuidador, obrigatoriamente, deve estar presente durante todo o período da diária estabelecida no PAD, conforme definição a seguir:

a) 24 horas, no caso de internação 24 horas;

b)12 horas, no caso de internação 12 horas;

c)6 horas, no caso de internação 6 horas.

4.1Na hipótese de autorização para cuidador, a CAIXA remunera 1 cuidador para cada período de 12 horas;

5.Para garantir o atendimento continuado, o paciente receberá visitas dos profissionais de saúde, periodicamente, conforme autorizado pela CAIXA no PAD;

6.Qualquer visita de profissional de saúde além do previsto no PAD somente ocorrerá mediante autorização prévia concedida pela CAIXA, mediante justificativa médica;

7.Desmame – é o nome dado à redução gradual da estrutura disponibilizada para a assistência domiciliar, de acordo com a evolução do plano terapêutico previamente acordado, até a alta, devendo ser observados os quesitos a seguir:

- terá início a partir da solicitação do médico assistente da empresa prestadora do SAD, mediante relatório substanciado, que justifique o pedido de início do processo de desmame;
- poderá ser solicitado pelo responsável ou cuidador;
- poderá ter início a partir da revisão do PAD inicial, por meio da emissão de parecer técnico favorável ao auditor;
- a solicitação do médico assistente e/ou do responsável/cuidador deverá ser submetida à avaliação do médico auditor contratado pela CAIXA. O médico auditor emitirá relatório técnico justificando o início ou não do processo de desmame;
- na discordância técnica entre o médico auditor e o médico assistente da empresa prestadora do SAD, será emitido parecer de terceira opinião para decisão final, a ser acatada pelos envolvidos no processo de desmame;
- caso o parecer do auditor seja favorável ao desmame, novo PAD será assinado entre a CAIXA e a empresa prestadora do SAD.

III. Como Responsável pelo SAD, ora contratado, comprometo-me a cumprir as seguintes ações:

1. Disponibilizar forma de contato com a empresa de internação domiciliar;
2. Comunicar intercorrência e/ou repassar informações necessárias ao atendimento do paciente;
3. Providenciar as adaptações necessárias na residência adequando o ambiente para a internação domiciliar;
4. Providenciar a realização de exames solicitados pela equipe de internação domiciliar;
5. Providenciar um responsável (familiar ou não) ou cuidador (quando autorizado pela CAIXA), para o início do atendimento.
6. Providenciar equipamentos não contemplados na diária necessários ao atendimento do paciente e mediante autorização concedida pela CAIXA;
7. Providenciar, sob minhas expensas, aquisição de medicamentos prescritos e não contemplados na autorização;
8. Fornecer alimentação ao técnico de enfermagem e/ou cuidador de plantão na residência;
9. Cooperar com o processo de desmame do beneficiário assistido;
10. Na cessação do serviço prestado, devolver à empresa prestadora do SAD, os equipamentos e acessórios instalados para prestação do serviço contratado no PAD.
11. Zelar pelo cumprimento de todos os itens que compõem este Termo e o SAD contratado no PAD.

_____, em _____ de _____ de _____

(Assinatura do(a) Titular ou Responsável)

Nome:

CPF:

Grau de Parentesco:

1ª Via (original): CAIXA

2ª Via (cópia): Titular

3ª Via (cópia): Prestador