

MAPA MENSAL DE REQUISIÇÃO DE COBERTURAS, CREMES E SOLUÇÕES PARA TRATAMENTO DE FERIDAS

UNIDADE DE SAÚDE: _____ PEDIDO PARA O MÊS DE: ____/____/____ N° DE PACIENTE INSCRITOS: _____

Instrução de preenchimento e de dispensação:

- Este formulário se destina ao controle dos produtos de coberturas, cremes e soluções para feridas, sendo também o instrumento para requisição ao almoxarifado;
- A liberação dos produtos ocorrerá mediante cálculo de previsão feito pela Unidade de Saúde;
- O preenchimento deverá ocorrer em 02 vias, sendo a 1ª enviada para a Coordenação de Curativo/SMSA e a 2ª via arquivada na própria Unidade de Saúde;
- O não envio deste formulário em tempo hábil para a Coordenação acarretará em prejuízo à Unidade, pois impossibilitará o envio dos produtos para o mês correspondente;
- A quantidade referenciada na previsão terá que obedecer o uma provisão máxima para 02 trocas da cobertura indicada por semana. Em caso de necessidade extra deverá ser justificada abaixo e com antecedência.
- O compilados das altas deverá ser preenchido no campo próprio abaixo, a partir do da Ficha de Controle e Dispensação de Coberturas, Cremes e Soluções para Tratamento de Feridas.

PACIENTES	Hydrocolóide 10 x 10	Hydrocolóide 15 x 15	Hydrocolóide sacral *	Fibra Carbox 15x 15	Fibra Carbox Fita	Carvão 10 x 10	Carvão 10 x 19	Espuma com Prata	*Filme Transparente	Hidrogel	Sulfadiazina de prata*	Creme Hidratante	
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
Quant. Utilizada													
Estoque Atual													
PREVISÃO													

JUSTIFICATIVA DE PEDIDO EXTRA:

* Materiais que necessitam de justificativa para o envio. Observar critérios de indicação da SMSA/BH na descrição dos materiais.

DESLIGAMENTOS DO MÊS (* Motivos de Desligamento: Cura, Abandono, A pedido, Encaminhamento, Falência e Óbito):

N°	NOME	D.N.	SEXO	Área Lesada	Etiologia	Tempo exist ferida	Início tratat°	Term. Tratat°	Desligamento*

NOME RESPONSÁVEL PREENCHIMENTO: _____

ASSINATURA: _____