



**FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE
PESSOAS PARA RECEBIMENTO DE
ABSORVENTE HIGIÊNICO URINÁRIO**

UBS de vínculo: _____

(identificação unidade de saúde)

Identificação do usuário:

Nome (sem abreviações): _____

Nome social: _____

CPF: _____ Cartão SUS: _____ Prontuário: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo (biológico): () Masculino () Feminino

Raça/Cor (autodeclarada): () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Gênero: () Homem Cisgênero () Mulher Cisgênero () Homem Transgênero

() Mulher Transgênero () Gênero Não Binário () Agênero

Endereço: _____ n.º: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ Tel.: _____

Dados do laudo médico:

Unidade de saúde: _____ Data: ____/____/____

Nome médico: _____ CRM: _____

Paciente com controle de esfíncter uretral, porém, com perda involuntária de urina associadas a uma das patologias abaixo:

	C61	Neoplasia maligna da próstata		D30	Neoplasia benigna dos órgãos urinários
	D29.1	Neoplasia benigna da próstata		072	Hemorragia pós-parto
	N42.1	Congestão e Hemorragia da Próstata		090.1	Ruptura de ferida de períneo (episiotomia/laceração)
	N39.3	Incontinência urinária de esforço (perda ao tossir, espirrar ou fazer esforço)			
	R32	Incontinência urinária não especificada (Definição: Perda involuntária de urina, comumente associada a fraqueza muscular, alterações neurológicas ou infecções)			
	C67	Neoplasia maligna da bexiga			

Avaliação enfermeiro:

Unidade de saúde: _____ Data: ____/____/____

Nome enfermeiro: _____ COREN: _____

Quantidade	Insumo
	ABSORVENTE HIGIÊNICO URINÁRIO FEMININO - 27 CM X 10 CM X 1,5 CM
	ABSORVENTE HIGIÊNICO URINÁRIO MASCULINO - 27 CM X 10 CM X 1,5 CM
	ABSORVENTE HIGIÊNICO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PÓS PARTO - 45 CM X 16 CM X 0,5 CM

Origem da demanda: () Consulta Médica () Judiciário () Ministério Público () Ouvidoria () EMAD

() Outra: _____

Observação: _____