



PREFEITURA DE
CATANDUVA

PREFEITURA DE CATANDUVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA PRESCRIÇÃO DE MEIAS DE COMPRESSÃO ESTÁTICA

Autorização para dispensa de:

Meias elásticas de compressão estática media ou alta compressão para tratamento de Insuficiência Venosa Crônica Periférica tamanho 3/4.

Identificação do Paciente

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____

RG: _____

CNS: _____

Endereço: _____

Nº _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Município: _____

UF: SP

CEP: _____

Telefone (s): () _____

O(a) paciente apresenta uma das seguintes indicações de meias elásticas de compressão estática para tratamento de Insuficiência Venosa Periférica Crônica:

Media Compressão 20-30mmHg

- () Varicosidades moderadas a graves, inchaço moderado, flebite (CEAP 3/4).
- () Após a ablação da veia (CEAP 3/4).
- () IVC em estágio avançado (CEAP 3 a 6) com edema, exudação, dermatite ocre na ausência de ulceração.

Alta Compressão 30-40mmHg

- () Varicosidades severas, inchaço grave, manejo da ulceração ativa, após TVP, pós-operatório (CEAP 4/5/6).
INDICAÇÃO EXCLUSIVA DO MÉDICO ESPECIALISTA (CIRURGIÃO VASCULAR)

Alta Compressão > 40mmHg

- Linfedema
INDICAÇÃO EXCLUSIVA DO MÉDICO ESPECIALISTA (CIRURGIÃO VASCULAR)

O(a) paciente apresenta uma das seguintes **CONTRAINDICAÇÕES** para o uso de meias elásticas de compressão estática para tratamento de Insuficiência Venosa Periférica Crônica:

- () Doença arterial periférica
- ✓ ITB menor igual 0.9 contra indicação da indicação de terapia na atenção básica
 - ✓ Pacientes com ITB anormal, DAOP e úlceras devem ser referenciados ao especialista (cirurgião vascular) para indicação da terapia compressiva.
- () TVP superficial ou profunda não se deve usar compressão na suspeita
- () IC descompensada
- () Infecção aguda de pele ou partes moles de membros inferiores

Identificação do médico prescritor

Nome: _____ CRM: _____

CNES do Estabelecimento de Saúde: ____|____|____|____|____|____|____|____ Data: ____/____/____

Observações da equipe multiprofissional

Avaliação das condições de uso e manutenção do uso da terapia com meias elásticas de compressão estática.

Condições desfavoráveis para o uso das meias elásticas terapêuticas:

- Paciente restrito ao leito
- Paciente deambula com auxílio de dispositivos auxiliares de marcha
- Autocuidado dependente de cuidador para todas as atividades básicas de vida diária
- Autocuidado dependente de cuidador para algumas das atividades básicas de vida diária. Quais?

Condições favoráveis ao uso das meias elásticas terapêuticas:

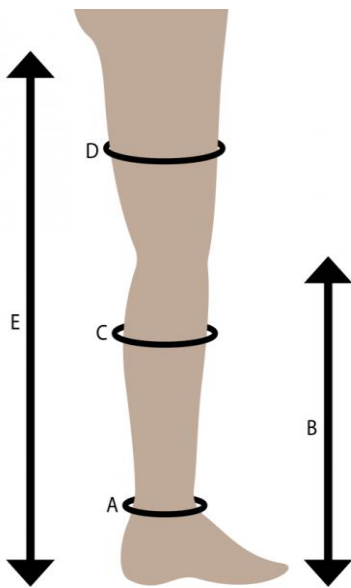
- Autocuidado autônomo

Observações:

Presença de úlceras ou lesões de Membros Inferiores:

Medidas da perna:

Locais das medidas da perna



Para meias elásticas 3/4	Medidas (cm)
A: circunferência do tornozelo no ponto mais estreito acima do maléolo medial	
B: comprimento da base do calcanhar até abaixo do joelho	
C: circunferência da panturrilha no seu ponto mais largo	
Para meias elásticas 7/8	
D: circunferência da parte mais larga da coxa;	
E: comprimento da base do calcanhar até a dobra glútea.	

Conclusão da equipe multiprofissional:

- Apto ao uso terapêutico das meias elásticas de compressão estática.
- Inapto ao uso terapêutico das meias elásticas de compressão estática.

Identificação dos membros da equipe

Identificação do Farmacêutico dispensador

Nome: _____ CRF: _____ Data: ____/____/____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ RG: _____ declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da terapia com meias de compressão estática, indicada para o tratamento da insuficiência venosa periférica crônica. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____.

Fui claramente informado(a) a respeito dos seguintes efeitos adversos e riscos do uso deste produto:

Estou ciente de que este produto somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o produto.

Autorizo a Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva a fazer uso de informações relativas ao emprego da terapia compressiva com meias, desde que assegurado o anonimato.

Local: _____ Data: __/__/____

Nome do paciente: _____

Nome do responsável legal: _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade de Avaliação, Controle e Auditoria

Autorizado: () sim () não

• Médico: _____

• Enfermeiro: _____