



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
CENTRO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CEPRED

TELECEPRED

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA ADMISSÃO DE USUÁRIOS NO CEPRED VIA PLATAFORMA TELESSAÚDE

JÁ FOI PACIENTE DO CEPRED? SIM NÃO

SE SIM, NÃO É NECESSÁRIO PROSSEGUIR COM ESSA TELECONSULTORIA. ORIENTE AO PACIENTE OU REPRESENTANTE A COMPARECER AO CEPRED (SAME) E APRESENTAR O CARTÃO DA UNIDADE E/OU DOCUMENTO COM FOTO.

EM CASO DE PACIENTES DO INTERIOR, LIGUE (71) 3103-6217 / 6226 PARA INFORMAÇÕES

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ORIGEM/PROFISSIONAL SOLICITANTE

UNIDADE DE ORIGEM:	MUNICÍPIO:
TELEFONES DA UNIDADE:	DISTRITO SANITÁRIO:
NOME DO PROFISSIONAL:	
CATEGORIA PROFISSIONAL:	Nº DO CONSELHO REGIONAL:
ATENÇÃO BÁSICA (UBS, USF)	USUÁRIO POR DEMANDA ABERTA USUÁRIO ACOMPANHADO NA UNIDADE
HOSPITAIS E MATERNIDADES	MUNICIPAL ESTADUAL FEDERAL

CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER) OU ESTABELECIMENTOS ÚNICOS EM REABILITAÇÃO (EUR)

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

**POR FAVOR, ORIENTAR O USUÁRIO A TRAZER CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO NO DIA DA CONSULTA.
SE MENOR DE 18 ANOS, TRAZER TAMBÉM A CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL.**

NOME:	SEXO: M F	
NOME SOCIAL:	D.NASC:	
RAÇA/ETNIA: Branca Preta Parda Amarela Indígena - Etnia:		
CPF:	RG:	CNS:
NOME COMPLETO DA GENITORA:		
ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE:	Nº:	CEP:
	CIDADE:	
TELEFONES:	WHATSAPP:	EMAIL:

ATENÇÃO: BEBÊS OU CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS QUE NÃO POSSUEM RG OU CPF, É **OBRIGATÓRIO** ANEXAR FOTO LEGÍVEL DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO.

3. ENCAMINHAMENTO PARA REABILITAÇÃO

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA REABILITAÇÃO FÍSICA

- Intervenção precoce em crianças até 2 anos e 6 meses
- Reabilitação neurológica adulto – até 5 anos de lesão
- Reabilitação músculo esquelética (amputação)

CONCESSÃO DE TECNOLOGIA PARA REABILITAÇÃO:

- Órteses, Próteses, meios auxiliares de locomoção (OPM)
- Bolsa de colostomia
- Prótese mamária externa

AMBAS OPÇÕES ACIMA

CONCESSÃO DE APARELHO AUDITIVO

REALIZAÇÃO DE EXAMES AUDITIVOS PARA TRIAGEM E DIAGNÓSTICO DE BEBÊS (TESTE DA ORELHINHA)

REALIZAÇÃO DE EXAMES AUDITIVOS PARA CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS COM SUSPEITA DE PERDA AUDITIVA

PARA MAIS INFORMAÇÕES OU DÚVIDAS SOBRE OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE, CONSULTAR O PROTOCOLO DO TELECEPRED NO LINK: http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Protocolo-TeleCepred_final.pdf

4. REABILITAÇÃO FÍSICA

ATENÇÃO: O relatório médico comprovando a deficiência é indispensável para admissão no Cepred. Se você é de outra categoria profissional e está com o relatório médico do paciente em mãos, poderá transcrever abaixo as informações mais relevantes desse documento.

Relatório Médico:

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO:

CID:

Nº CRM:

DATA DO RELATÓRIO:

5. REABILITAÇÃO AUDITIVA/CONCESSÃO DE APARELHO AUDITIVO

ATENÇÃO: Dados da avaliação audiológica que comprovam a deficiência auditiva são indispensáveis para a admissão do paciente na unidade. Transcreva aqui o laudo do(s) exame(s) audiológico(s) e/ou anexe a foto legível.

NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO(S) EXAME(S) AUDIOLÓGICO(S):

Nº DO CONSELHO PROFISSIONAL:

DATA DE REALIZAÇÃO DO(S) EXAME(S) AUDIOLÓGICO(S):

6. SOLICITAÇÃO DE TRIAGEM AUDITIVA PARA BEBÊS OU DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO PARA CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS

EXAME(S) SOLICITADO(S):

AUDIOMETRIA

PEATE/BERA

TESTE DA ORELHINHA/OEA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

NOME DO PROFISSIONAL QUE SOLICITOU:

Nº DO CONSELHO REGIONAL:

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO ENTREGAR AO PACIENTE A GUIA DE SOLICITAÇÃO DO EXAME PREENCHIDA E ASSINADA POR MÉDICO OU FONOAUDIÓLOGO.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

- Chegar com 30 minutos de antecedência do horário previsto para a consulta.
- Entregar ao Same cópia do documento com foto e cópia do documento do responsável legal, para menores de 18 anos.
- Entregar a cópia do relatório médico e/ou exame(s) audiológico(s).
- Apresentar o comprovante de vacinação contra a Covid-19, constando duas doses da vacina ou dose única, para o público geral.

DATA: