



## TELECEPRED

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

### IMPORTANTE

A partir de 02 de janeiro de 2024, todas as teleconsultorias com intenção de encaminhamento serão analisadas pela telerregulação do Telessaúde. Para acesso ao novo fluxo, clique no link [http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/SEI\\_00081523997\\_Nota\\_Tecnica\\_1-1.pdf](http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/SEI_00081523997_Nota_Tecnica_1-1.pdf) e para informações sobre os serviços habilitados na Rede de Cuidados da Pessoa Com Deficiência, clique no link <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/Atenc%CC%A7a%CC%83o-Especializada-da-RCPD-Atualizado-em-MAIO-2023.pdf>.

O PACIENTE JÁ FOI ATENDIDO NO CEPRED?      **SIM**      **NÃO**

Se sim, não é necessário prosseguir com essa teleconsultoria. Oriente ao paciente ou representante a comparecer ao Cepred (SAME), apresentar o cartão da unidade e/ou documento com foto e solicitar o reagendamento.

Em caso de pacientes do interior, ligue (71) 3103-6217 / 6226 para informações.

### 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<br>USUÁRIO ACOMPANHADO NA UNIDADE |
| HOSPITAIS E MATERNIDADES  | MUNICIPAL      ESTADUAL      FEDERAL                         |
| CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER) OU ESTABELECIMENTOS ÚNICOS EM REABILITAÇÃO (EUR) |  |

### 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:  | DATA DE NASCIMENTO: |        |                |
| RAÇA/ETNIA:      Branca      Preta      Parda      Amarela      Indígena - Etnia: |                     |        |                |
| CPF:  | RG:                 | CNS:   | NACIONALIDADE: |
| 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.**

### ENCAMINHAMENTO PARA REABILITAÇÃO

|   |  |
|---|--|
| ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA REABILITAÇÃO FÍSICA<br>Intervenção precoce em crianças até 2 anos e 6 meses<br>Reabilitação neurológica adulto – até 5 anos de lesão<br>Reabilitação músculo esquelética (amputação) | CONCESSÃO DE APARELHO AUDITIVO   |
| CONCESSÃO DE TECNOLOGIA PARA REABILITAÇÃO:<br>Órteses<br>Próteses<br>Cadeira de rodas<br>Outros tipos de meios auxiliares de locomoção<br>Bolsa de colostomia<br>Prótese mamária externa                                | REALIZAÇÃO DE EXAMES AUDITIVOS PARA TRIAGEM E DIAGNÓSTICO DE BEBÊS (TESTE DA ORELHINHA)<br><br>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](http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Protocolo-TeleCepred_final.pdf)

## 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:

N° CRM:

DATA DO RELATÓRIO:

## 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):

N° DO CONSELHO PROFISSIONAL:

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

## 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:

N° 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).

DATA:

**ESTE ESPAÇO É EXCLUSIVO PARA PROFISSIONAIS DOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO – CER OU ESTABELECIMENTOS ÚNICO EM REABILITAÇÃO – EUR**

Considerando a existência da cobertura regionalizada pelos Centros Especializados de Reabilitação - CER e Estabelecimentos Únicos de Reabilitação - EUR (resolução CIB nº 173/2020) e a PPI 008/2019, o usuário deve ser atendido, prioritariamente, no CER e/ou EUR mais próximos de sua residência. Dessa forma, as teleconsultorias com intenção de encaminhamento de usuários para admissão serão analisadas pela telerregulação do Telessaúde. Segue link para mais informações: [http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/SEI\\_00081523997\\_Nota\\_Tecnica\\_1-1.pdf](http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/SEI_00081523997_Nota_Tecnica_1-1.pdf)

O Cepred, enquanto unidade de referência estadual, mantém o seu compromisso de apoiar as unidades da rede da pessoa com deficiência, que poderão:

- Solicitar teleconsultoria para apoio matricial e suporte técnico científico;
- Solicitar teleconsultoria com intenção de encaminhamento do usuário quando diante de casos de maior complexidade;
- Solicitar teleconsultoria com intenção de encaminhamento do usuário quando não for possível a resolução no Cer de referência (justificar).

**Apoio matricial e suporte técnico/científico**

Descreva a necessidade (obrigatório):

**Caso de maior complexidade**

São exemplos de maior complexidade:

para Serviço de Ostomia: usuários com complicação no estoma que demandem de consulta com profissional estomatoterapeuta;

para o Ginásio de Protetização adulto e infantil: amputação bilateral; coto de difícil cicatrização (acima de 4 meses de reabilitação); coto com deformidade que requer próteses especiais; prótese de englobamento; prótese desarticulação de quadril;

para o Serviço de Intervenção Precoce e Ginásio Neuroevolutivo infantil, a partir de 0 anos: deformidades osteomioarticulares com necessidade de concessão de órteses;

para o Serviço de Prescrição de cadeira de rodas: situações em que o CER de referência não conceda modelos específicos como de cadeira motorizada, cadeira reclinável e/ou de banho reclinável;

para o Serviço de Reabilitação Auditiva: crianças de 0 a 03 anos com suspeita de perda auditiva e dificuldade conclusão diagnóstica; usuários de 3 a 12 anos com múltiplas deficiências/suspeita de perda auditiva que não conseguiram concluir o diagnóstico no CER de referência.

Descrição do caso (obrigatório):

Caso não foi possível de ser resolvido no CER/EUR de referência

Justificativa (obrigatório):

DATA:

NOME DO PROFISSIONAL: