



# TRT6Saúde

## PERNAMBUCO

### **TERMO DE CIÊNCIA PARA INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Home Care)**

Eu, \_\_\_\_\_  
telefones \_\_\_\_\_ responsável pelo  
beneficiário(a): \_\_\_\_\_  
carteira nº \_\_\_\_\_, faço adesão  
ao **PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO TRT6 SAÚDE** e  
autorizo a proceder sua desospitalização e a continuação do  
tratamento em regime de Internação Domiciliar.

Declaro que estou ciente e de acordo que:

- 1) A cobertura da modalidade de internação domiciliar é uma concessão do TRT6 Saúde aos seus beneficiários, quando a situação clínica se enquadrar nos critérios de elegibilidade estabelecidos na tabela **ABEMID** e Escore **NEAD**, que são escalas desenvolvidas pela Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar e o Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar, onde baseados em critérios técnicos, estabelece uma pontuação que determina a necessidade ou não de internação domiciliar e o grau de complexidade dos serviços em saúde prestados.
- 2) Tenho a responsabilidade de indicar um **CUIDADOR** (que pode ser um profissional contratado, um amigo ou alguém da própria família), que deverá ser submetido ao treinamento a ser repassado pela equipe da empresa responsável pelo tratamento, capacitando-o para assumir e realizar os cuidados básicos junto ao beneficiário durante a internação domiciliar.

- 3) A internação domiciliar será mantida pelo período necessário ao alcance das metas propostas no plano de tratamento médico, e ainda no decorrer da assistência domiciliar será iniciado o *desmame*, ocorrendo naturalmente à alta do beneficiário quando possível.
- 4) Tanto a família quanto o cuidador deverão submeter-se ao treinamento e assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento, de modo a estarem aptos para a execução dos cuidados básicos que não requeiram mais assistência técnica especializada (profissional habilitado), após a alta de Internação Domiciliar;

Cuidador indicado:

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_.

Telefone: \_\_\_\_\_.

Local/UF, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Responsável:

\_\_\_\_\_.

Grau de Parentesco:

\_\_\_\_\_.