

RELATÓRIO SOCIAL

UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS (UCP)

HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS (HCP)

O presente relatório tem como objetivo descrever a situação social, familiar e de suporte do paciente, subsidiando a análise regulatória e o planejamento da continuidade do cuidado após a alta UCP/HCP.

Este documento deverá ser preenchido pelo **Serviço Social da unidade solicitante**.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento (dd/mm/aaaa): _____

Idade: _____

Sexo (F/M): _____

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____

RG: _____

CPF: _____

Município de residência: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

Hospital / Unidade solicitante: _____

CNES: _____

Município: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____

Telefone: _____

E-mail institucional: _____

3. SITUAÇÃO FAMILIAR

Estado civil:

- ☐ Solteiro
☐ Casado / União estável
☐ Viúvo
☐ Divorciado

Com quem o paciente reside atualmente:

- ☐ Sozinho
☐ Cônjuge
☐ Filhos
☐ Outros familiares
☐ Instituição
☐ Outros: _____

Número de pessoas que residem no domicílio: _____

Descrição da composição familiar:

4. REDE DE APOIO

Existe cuidador identificado para acompanhamento após alta?

- ☐ Sim
☐ Não

Nome do cuidador responsável:

5. CONDIÇÕES DE MORADIA

Tipo de moradia:

- ☐ Casa
☐ Apartamento
☐ Instituição
☐ Outros: _____

Condições gerais da residência:

- ☐ Adequadas
☐ Necessitam adaptações
☐ Inadequadas

A residência possui:

- ☐ Acesso facilitado (sem barreiras arquitetônicas)
☐ Escadas
☐ Banheiro adaptado
☐ Espaço para cama hospitalar
☐ Outros: _____

Observações sobre condições de moradia:

6. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Fonte de renda do paciente:

- ☐ Aposentadoria
☐ Benefício assistencial (BPC)
☐ Trabalho formal
☐ Trabalho informal
☐ Sem renda
☐ Outros: _____

Renda familiar aproximada: _____

Paciente possui acesso a benefícios sociais?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Em processo de solicitação

Especificar:

☐ Outros: _____

Observações sobre condições socioeconômicas:

7. ACESSO À REDE DE SAÚDE

Paciente possui acompanhamento na Atenção Básica?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não informado

Unidade Básica de Saúde de referência:

Paciente possui acompanhamento por Atenção Domiciliar?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Em avaliação

Observações:

8. CONDIÇÕES PARA DESOSPITALIZAÇÃO

Após a conclusão do cuidado prolongado, o paciente poderá retornar para:

- ☐ Domicílio
- ☐ Domicílio com apoio da Atenção Domiciliar
- ☐ Instituição de longa permanência
- ☐ Necessita avaliação posterior

Observações:

9. RESPONSÁVEL PELO PACIENTE APÓS A ALTA

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

Declara estar ciente da responsabilidade no cuidado após alta?

- ☐ Sim
☐ Não

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

(Descrever avaliação social e considerações sobre condições de retorno ao domicílio e suporte familiar)

RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO

Nome: _____

CRESS: _____

Data: _____ de _____ 202____.