

Termo de Compromisso e Responsabilidade

UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS (UCP)

HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS (HCP)

Este termo deve ser preenchido pela unidade solicitante e anexado aos documentos.

O Hospital _____, solicitante da vaga para o paciente _____, RG _____, CPF _____, em unidade de cuidados prolongados, se responsabiliza pelo retorno imediato do mesmo caso ocorra as seguintes situações:

- Ocorrência de descompensação clínica durante o transporte ou no período mediato da admissão na unidade executante, situação em que o paciente poderá ser reconduzido ao serviço solicitante para continuidade da assistência.

Considera-se período mediato da admissão o intervalo de até 24 horas após o ingresso do paciente na unidade executante, destinado à avaliação clínica inicial pela equipe assistencial e à confirmação das condições de elegibilidade e estabilidade clínica para permanência no serviço.

- Não atendimento dos critérios de elegibilidade aplicados no protocolo de acesso.

Nos casos citados o paciente retornará para sua unidade de origem.

Cidade de _____, _____ de _____ 202_____.
(mês) (dia)

Assinatura e carimbo do médico solicitante

Assinatura e carimbo do representante legal da instituição

Telefone p/ contato (serviço solicitante): _____