



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOA COM OSTOMIA INTESTINAL, URINÁRIA E/OU FÍSTULA CUTÂNEA

ANEXO I

LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

1.1:

NOME: _____

1.2 IDADE: _____ 1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA BÁSICA CID 10: _____

1.5 CAUSA INDICADORA DA ESTOMIA – CID 10: _____

1.6: HOSPITAL/CIDADE/ ESTADO ONDE A ESTOMIA FOI REALIZADA: _____

+ 1.7. Data da Estomia: _____

2. ESTOMIA

2.1 TIPO DE ESTOMIA

() COLOSTOMIA

() CÓLON ASCENDENTE

() CÓLON TRANSVERSO À DIREITA

() CÓLON TRANSVERSO À ESQUERDA

() CÓLON DESCENDENTE

() CÓLON SIGMÓIDE

() COLOSTOMIA ÚMIDA (COM DERIVAÇÃO URINÁRIA)

() ILEOSTOMIA

() UROSTOMIA

() OUTRAS

ESPECIFICAR: _____

2.2 DURAÇÃO DA ESTOMIA:

() DEFINITIVA () TEMPORÁRIA TEMPO PREVISTO: _____

2.3 CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA

() TERMINAL

() EM ALÇA

() DUPLA

() DUAS BOCAS

2.4 LOCAL DO ESTOMA

() QUADRANTE SUPERIOR DIREITO

() QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO

() QUADRANTE INFERIOR DIREITO

() QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO

() OUTRO _____

3. LOCAL E DATA: _____

4. ASSINATURA E CARIMBO: _____