



**RELATÓRIO PARA USO DE
MATERIAL DE ALTO CUSTO:
ASPIRAÇÃO SISTEMA FECHADO
NA UTIN**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

À operadora de saúde:

Por meio deste documento, venho solicitar para o paciente sinalizado, a autorização para uso do(s) seguinte(s) material(is) de alto custo:

SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO PARA USO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA.

() conexão habitual () conexão específica para aerossol terapia em ventilação (com via MDI)

Indicação/justificativa:

() quadro de síndrome do desconforto respiratório agudo onde a desconexão para aspiração levará a atelectrauma, com aumento do risco de morbimortalidade;

() quadro de suspeita ou confirmação de infecção com transmissão por meio de aerossóis durante procedimentos geradores, como aspiração ou ventilação com ambu;

() protocolo interno durante a pandemia da COVID – 19.

Diagnóstico(s) do paciente:

() Prematuridade – CID P 07.3 () Pneumonia – CID P23.9 () Suspeita COVID-19/H1N1

() Choque – CID R 57 () Sepse neonatal – CID P 39.9

() Doença da membrana hialina (síndrome do desconforto respiratório) – CID P22.0

Informações adicionais (se necessário):

Referências:

1. Anjos ES et al. Influência da aspiração endotraqueal por sistema aberto e fechado nos sinais vitais de recém-nascidos submetidos à ventilação mecânica invasiva. Rev Soc Bras Clin Med. 2017 abr-jun;15(2):103-8
2. Protocolo Ebserh - UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA
3. Rotta, AT et al. Progressos e perspectivas na síndrome do desconforto respiratório agudo em pediatria. RBTI 2015

Aracaju, ____ / ____ de 20____.

Médico que indicou o uso (assinatura e carimbo)

Parecer do auditor