



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE AUMENTO DE QUANTIDADE DE FORNECIMENTO
(Deverá ser preenchido pelo Médico ou Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde)

Nome do paciente: _____	DN: _____/_____/_____ _____
Nome da mãe: _____	
Unidade de Saúde: _____	

CID Primário: _____	CID Secundário: _____
---------------------	-----------------------

Avaliação da Severidade da Incontinência Urinária

<i>Com que frequência ocorre a perda urinária?</i>	Resposta	<i>Qual o volume urinário estimado em cada perda?</i>	Resposta
Nunca	0	Nenhuma	0
Uma vez por semana ou menos	1	Uma pequena quantidade	2
Duas ou três vezes por semana	2	Uma moderada quantidade	4
Uma vez ao dia	3	Uma grande quantidade	6
Diversas vezes ao dia	4		
O tempo todo	5		
Total dos scores			

*Incontinência Leve 1-3 | Incontinência Moderada 4-5 | Incontinência Severa 6-9 |
Incontinência Muito Severa 10-11*

Incontinência Leve	Até 2 fraldas/dia
Incontinência Moderada	Até 3 fraldas/dia
Incontinência Severa	Até 6 fraldas/dia
Incontinência Muito Severa	Até 6 fraldas/dia

Tamanho da Fralda Solicitada	Trocas Diárias	Quantidade Mensal Solicitada
[_____]	[_____]	[_____]

**Secretaria Municipal
de Saúde**

+55 41 3614-1470
smsa@araucaria.pr.gov.br
Rua Pedro Druszcz, 111, 2º Andar - Centro
CEP 83702 080 - Araucária / PR



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**

Relatório técnico (motivo da solicitação):

Araucária, ____ de _____, de 202__.

Profissional: _____

Assinatura e carimbo

Assessoria de Atendimento ao Cidadão – AAC

Travessa Estanislau Grebos, S/N – Complexo São Vicente de Paula
(41) 3614-7718

**Secretaria Municipal
de Saúde**

+55 41 3614-1470
smsa@araucaria.pr.gov.br
Rua Pedro Druszcz, 111, 2º Andar - Centro
CEP 83702 080 - Araucária / PR