

TERMO DE COMPROMISSO

Fornecido o manual de cuidados com sondas de alimentação para o paciente, familiar e ou/cuidador responsável. Declaro que orientei e expliquei os cuidados necessários para a manutenção e segurança da administração de dieta por via enteral. Observei o paciente, familiar e/ou responsável praticar os procedimentos relacionados e os considero aptos a realizá-los no âmbito do domicílio. Fico à disposição juntamente à equipe de saúde para auxiliar em dúvidas futuras.

Data: __/__/__

Ass. do Enfermeiro

Declaro que recebi o manual de cuidados com sondas de alimentação para o paciente, familiar e ou/cuidador responsável. Pratiquei os cuidados junto com profissional de saúde responsável. Estou ciente que no caso de dúvidas ou problemas relacionados a esses cuidados devo procurar imediatamente o serviço de saúde de referência. E comprometo-me a manipular, administrar qualquer alimento ou medicamento por sonda somente após liberação pelo profissional responsável.

Data: __/__/__

Ass. do Paciente/responsável



Prefeitura de
Porto Alegre
SECRETARIA DE SAÚDE



PREFEITURA

Mais cidade. Mais vida.

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

SECRETARIA DE SAÚDE

DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GUIA DE CUIDADOS DOMICILIARES COM SONDAS DE ALIMENTAÇÃO



Fonte: imagens Google

