

Sugestão de Relação Básica para Home Care Atrofia Muscular Espinhal Tipo 1

PROFISSIONAIS:

Auxiliar ou Técnico de Enfermagem 24 horas por dia

Visita Semanal:

Fisioterapia Motora diária (quantidade de atendimentos/dia a ser definido caso a caso);

Fisioterapia Respiratória diária (quantidade de atendimentos/dia a ser definido caso a caso);

Terapia Ocupacional (quantidade de atendimentos/semana a ser definido caso a caso, sugestão 2 a 3);

Fonoaudióloga (quantidade de atendimentos/semana a ser definido caso a caso, sugestão 3 a 5);

Pediatra 1 (uma) vez na semana ou conforme necessidade;

Enfermeira 1 (uma) vez na semana.

Visita Trimestral ou conforme necessidade:

Nutróloga e/ou nutricionista;

Neuropediatra;

Pneumopediatra;

Ortopedista;

Dentista.

EQUIPAMENTOS:

Respirador Trilogy 100 ou Astral 100 ou 150

Base aquecida para respirador

Umidificador de Ar

Cough Assist

Nobreak

Aspirador

Bomba de Infusão

Nebulizador

Oxímetro

Cama hospitalar (ou berço hospitalar) com colchão hospitalar

www.iname.org.br

Facebook: @institutoiname / Instagram @iname_brasil

contato@iname.org.br

(11) 944888046

Colchão casca de ovo (troca trimestral) ou colchão pneumático
Cilindro de Oxigênio
Suporte de Dieta
Estetoscópio
Termômetro
Esfigmomanômetro
Ambu infantil e adulto com reservatório

INSUMOS:

Seringas de 3ml, 5ml, 10ml, 20ml, 60ml;
Gaze não estéril;
Gaze Estéril;
Frasco de Dieta;
Equipo;
Luva;
Luva Estéril;
Sonda Aspiração nº 6, 8, 10 e 12;
Sonda Folley nº 8, 10 e 12;
Espátula Saborizada;
Soro Fisiológico 10ml;
Hidrocoloide;
Tegaderm;
Álcool 70%;
Álcool Gel 70%;
Circuito do Respirador (troca mensal);
Filtro bacteriológico;
Filtro HME;
Espaço T;
Válvula Inalatória;
Mangueira para aspiração;
Botton (troca semestral ou conforme necessidade);
Extensão do Botton (troca mensal ou conforme necessidade);
Caixa de pérfuro cortante;
Água destilada;
Sugadores Aromatizados;
Escova de dente;



Interface respiratória (mascara nasal) – em caso de Ventilação não invasiva;
Cânula de traqueostomia (numeração conforme a necessidade do paciente) – em caso de traqueostomia;
Fixador de traqueostomia
Curativo de traqueostomia
Micropore;
Pomada para prevenir assaduras;
Pomada Nistatina com Óxido de zinco;
Fraldas descartáveis conforme necessidade.

DIETAS:

Dieta que o paciente faz uso, e demais suplementos que a Nutróloga/Nutricionista achar necessário;

MEDICAÇÕES, VITAMINAS E MANIPULADOS:

Dersani
Bepantol Derma ou Cicaplast
(aqui listar todas as medicações e manipulados que o paciente faz uso)

Obs:

Esta é uma relação básica sugerida para as necessidades de paciente AME tipo 1. Caso necessário, deve-se acrescentar outros itens conforme recomendação médica e particularidades do paciente.

INAME - Instituto Nacional da Atrofia Muscular Espinhal

CNPJ nº 28.210.973/0001-74

www.iname.org.br

Facebook: @institutoiname / Instagram @iname_brasil

contato@iname.org.br

(11) 944888046