

**SUGESTÃO DE RELATÓRIO DE SOLICITAÇÃO DE
TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA**

À operadora de saúde _____,

Paciente (inserir o nome do(a) paciente) internado(a) nesta instituição desde (dia da internação), com diagnóstico de (colocar diagnóstico principal), antecedentes (principais comorbidades). Apresentando lesão (etiologia da lesão, localização, características, medidas).

Atualmente em uso de antibioticoterapia (citar antibióticos já utilizados e terapia atual).

Já utilizado como cobertura da lesão: (descrever as terapias já utilizadas). Sem melhora significativa.

Com intuito de (inserir justificativa para indicação e utilização da terapia), indicamos terapia por pressão negativa (indicar a marca da terapia a ser utilizada), sendo necessário o total de:

(Indicar a quantidade de esponjas – modelo e tamanho)

(Indicar a quantidade, tamanho e modelo do reservatório a ser utilizado)

Podendo permanecer conectado ao equipamento por até 07 dias e com trocas conforme a necessidade.

Atenciosamente.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

