



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Planejamento, Avaliação e Controle
Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada



RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Entregar os seguintes documentos na sede da Secretaria Municipal de Saúde, Rua Gerson França 7-49, de segunda a sexta das 8 às 12 horas e de 13:30 às 16 horas:

Cópia dos seguintes documentos do PACIENTE:

- CPF;
- RG (não pode ser CNH);
- Cartão SUS;
- Comprovante de residência no nome do paciente;
- Prescrição Médica;
- Exames Laboratoriais:
 - Gasometria arterial em ar ambiente;
 - Hemograma.

Cópia dos seguintes documentos do RESPONSÁVEL:

- CPF;
- RG (não pode ser CNH)
- Cartão SUS;
- Comprovante de residência no nome do responsável.

01 TESTEMUNHA:

Cópia dos seguintes documentos da TESTEMUNHA:

- CPF;
- RG;
- Cartão SUS;
- Comprovante de residência no nome da testemunha.

Em caso de dúvidas temos os seguintes telefones para contato 3104-1459/3104-1460/3104-1461/WhatsApp (14) 98187-1916



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Planejamento, Avaliação e Controle
Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada



SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

NOME DO PACIENTE: _____ DN: __/__/____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO, PARA QUE O MESMO RECEBA AUXÍLIO DESTES PROGRAMA MUNICIPAL E POSSA FAZER USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, CONSIDERANDO QUE ESTA MEDIDA É PRIMORDIAL, DEVIDO A SUA PATOLOGIA DE BASE.

DIAGNÓSTICO: _____

PRESCRIÇÃO DA OXIGENOTERAPIA:

INÍCIO: ____/____/____

FLUXO DE O₂: _____ L/MIN (DIA) _____ L/MIN (NOITE) _____ L/MIN (ESFORÇOS)

TEMPO DE USO: 24 HS/DIA () 18 HS/DIA () NOTURNO ()

VIA DE ADMINISTRAÇÃO _____

POSSUI TRAQUEOSTOMIA? () SIM () NÃO

SAT O₂ SEM OXIGENOTERAPIA (EM AR AMBIENTE) _____

SAT O₂ COM FLUXO DE O₂ PRESCRITO _____

FOI AGENDADO RETORNO MÉDICO? () SIM () NÃO

OBS: ANEXAR RESULTADOS DOS EXAMES DE:

*HEMOGRAMA

* GASOMETRIA ARTERIAL (COLHIDA EM AR AMBIENTE)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO

CRM _____

*LEMBRAMOS QUE O RETORNO PARA REAVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE DEVERÁ OCORRER DENTRO DE 90 DIAS, QUANDO ENTÃO DEVERÁ SER COLHIDA NOVA GASOMETRIA ARTERIAL EM AR AMBIENTE A QUAL DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE APRESENTADA PARA CONTINUIDADE NO PROGRAMA.