

PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA
SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

NOME DO PACIENTE: _____ DN: ___/___/___

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

UBS / USF DE REFERENCIA DO PACIENTE: _____

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

DIAGNOSTICO: _____

PRESCRIÇÃO DA OXIGENOTERAPIA: - INÍCIO: ___/___/___

FONTE: CONCENTRADOR DE O₂

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

TEMPO DE: 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

DATA: ___/___/___ LOCAL: _____

OBS: ANEXAR RESULTADOS DOS EXAMES DE:

*HEMOGRAMA

*GASOMETRIA ARTERIAL

ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO

UNIDADE SOLICITANTE: _____

FONE DE CONTATO: _____

***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.**