



Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____		Peso: _____ Kg	
Idade: _____ anos		Município (SC): _____	
Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1.		1.	
2.		2.	
Paciente hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sim* <input type="checkbox"/> Não	Tabagismo atual?	<input type="checkbox"/> Sim** <input type="checkbox"/> Não
*Hospital:		**Encaminhar para tratamento de tabagismo.	
Data da última exacerbação da doença pulmonar (se aplicável): ___/___/___			

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:

Atenção, processos que não se encaixam nas duas indicações abaixo, possivelmente serão INDEFERIDOS:

[1] PO₂ < 55 mmHg ou Sat O₂ < 88% (a Sat O₂ será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia)

[2] PO₂ entre 55 e 60 mmHg ou Sat O₂ < 89% (APENAS quando há hipertensão pulmonar, Hto > 55% ou edema periférico)

Gasometria arterial [anexar ao processo]	Data	pH	PCO ₂	PO ₂	Bicarb.	BE	Sat O ₂
	Atenção: Exame RECENTE (até 30 dias), coletado SEM O ₂ complementar, com o paciente em REPOUSO (aprox. 10 min) e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo da alta hospitalar)						

Paciente pediátrico, não foi coletada a gasometria arterial. Anexado laudo médico ao processo.

Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação:

Fluxo de O ₂ :	<input type="checkbox"/> 1l/min	<input type="checkbox"/> 2l/min	<input type="checkbox"/> 3l/min	<input type="checkbox"/> l/min	Fluxos > 3l/min precisam de titulação por gasometria arterial
Tempo de uso diário:	h/dia (15-24 horas/dia)			Tempo de uso inferior a 15h/dia não gera benefício terapêutico	
Obs: _____					

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Telefones de contato: _____ ; _____
Especialidade: <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Outra [_____]	
Observações: _____	
Data: ___/___/___	_____
	Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>