



Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____	Peso: _____ Kg		
Idade: _____ anos	Município (SC): _____		
Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1.		1.	
2.		2.	
Paciente com TRAQUEOSTOMIA?	() Não () Sim		
Tabagismo atual?	() Não () Sim	-> Encaminhar para tratamento de tabagismo	
Paciente hospitalizado?	() Não () Sim	-> Hospital: _____	

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente (IMPORTANTE*):

*Gasometria arterial RECENTE (até 30 dias), coletada SEM O2 complementar
*Paciente em REPOUSO por ao menos 10 minutos e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo ao momento da alta)

Gasometria arterial - Data do exame: / /

pH	pCO2	pO2	Sat O ₂	Bicarbonato	BE
----	------	-----	--------------------	-------------	----

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

Dados da Solicitação (IMPORTANTE**):

		Período
() Concentrador de oxigênio	Fluxo _____ litros por minuto	h/dia
() CPAP	Pressão: _____ cm H ₂ O	h/dia
() BiPAP simples	Pressões: IPAP _____ cm H ₂ O ; EPAP _____ cm H ₂ O	h/dia
() Ventilador mecânico não invasivo Bilevel	IPAP _____ cm H ₂ O ; EPAP _____ cm H ₂ O ; Modo: _____	h/dia
	AVAPS: () SIM () NÃO Volume Corrente: _____ ml	
() Ventilador mecânico convencional domiciliar (24h/dia):	Modo [_____]; FiO ₂ [_____ %]; VC _____ ml PEEP _____ cm H ₂ O ; Pressão de distensão _____ cm H ₂ O ; FR _____ irpm	

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Telefones de contato: _____ ; _____
Especialidade: () Pneumologia () 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>