

FICHA DE ACOMPANHAMENTO - OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA
1-DADOS GERAIS

Nome:	
Idade:	Gênero: () M () F () outro _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Data Inclusão no Programa: ____/____/____
UBS:	
Equipe ESF:	ACS Responsável:
Diagnóstico Médico:	CID:
Médico Responsável (especialidade/serviço):	
Data de Início de utilização do equipamento:	Tempo de uso prescrito:
Prescrição: ____ L/min	() contínuo () intermitente: ____ horas/dia
Obs: _____	

2-DADOS TÉCNICOS/ROTINA

1 - Dispositivo de oxigênio em uso:
 () CILINDRO/CAPACIDADE: ____ m³ () CONCENTRADOR

2- Suporte ventilatório: () BIPAP () CPAP () VMI () Nenhum

3-Interface: () CATETER NASAL () MÁSCARA SIMPLES () MÁSCARA COM RESERVATÓRIO () MÁSCARA VENTURI () CATETER TRAQUEAL

3 - Paciente é fumante (hábito ativo)? () SIM () NÃO

4 - Alguém que reside na casa é fumante? () SIM () NÃO

5 - Possui oxímetro? () SIM () NÃO

6 - A mensuração diária da oximetria está sendo realizada? () sim () Não

7 - O paciente usa o oxigênio conforme prescrito? () SIM () NÃO

8 - O paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico? () SIM Data do atendimento: ____/____/____ () NÃO

09 - Se sim, aumentou ou diminuiu o consumo de oxigênio? _____

Fluxo de O₂ na data atual: ____ L/min

10- Data da última consulta com médico assistente: ____/____/____

11 - Data da próxima consulta com médico assistente: ____/____/____

12 - Tempo médio de uso de oxigênio diariamente (HORAS/DIA):
 () 9-12 () 12-15 () 15-18 () 18-21 () 21-24

13 - Atividades cotidianas (marcar as alternativas que o paciente realiza na vida diária):
 () toma banho sozinho () veste-se sozinho () alimenta-se sozinho () realiza atividades domésticas leves () realiza caminhadas ou alguma atividade física no domicílio () participa de



alguma atividade comunitária (lazer, religiosa ou outra)
 14 - Condições de saúde da pele (verificar contato com equipamento)
 ()Pele íntegra ()Pele com vermelhidão ()Pele com lesão
 Informações complementares:

3-ESTADO DE CONSERVAÇÃO DO EQUIPAMENTO

Concentrador	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Cilindro	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Fluxômetro	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Cateter nasal	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Umidificador	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____

Data da última visita/manutenção da empresa prestadora de serviço: _____

4-DADOS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Nome: _____
 Profissão: _____ Registro no Conselho de Classe: _____
 Consulta: () presencial () remota
 Matrícula PMA: _____

Assinatura e carimbo

