

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**I-IDENTIFICAÇÃO:**

NOME:	_____	DN:	_____
RG:	_____	CNS:	_____
ENDEREÇO:	_____		
BAIRRO:	_____		
UBS	_____		
TELEFONE:	_____	email:	_____

II-DADOS CLÍNICOS:

Paciente hospitalizado? () não () sim			
Hospital _____			
() Internação SUS () Internação convênio/plano/privada		Ambulatório: () SUS () Privado	
Diagnóstico primário _____		CID _____	
10: _____			
Cuidados Paliativos? () Sim () Não			
Comorbidades: _____			

() Edema por insuficiência cardíaca () Evidência de cor pulmonale () Hematócrito > 55%			
() Tabagista () Ex tabagista () Nunca fumou () Uso de crack ou maconha			
Participa ou participou de grupo de cessação de tabagismo () Sim () Não			
SpO ₂ em repouso: _____ % SpO ₂ de esforço: _____ % SpO ₂ noturna: _____ %			
Suporte ventilatório: () CPAP () BIPAP () Outro -			
Qual? _____			
Medicações em uso - relatar TODAS com ação no Sistema Respiratório e Cardiovascular:			

GASOMETRIA ARTERIAL em ar ambiente* e em repouso (preferencialmente realizado no máximo há 30 dias ou, se internação, próximo a alta):			
Data da coleta: ____/____/____ pH: _____ PaO ₂ : _____			



PaCO₂: _____HCO₃: _____ BE: _____SaO₂: _____

*Em caso de dependência 24 horas do oxigênio ou risco potencial, emitir declaração médica de que o paciente não tem condições de realização do exame em ar ambiente.

HEMOGRAMA (colhido na mesma data ou data próxima da gasometria):

HB: _____ HT: _____ Plaquetas: _____

Crianças e adolescentes (até 16 anos) será aceito o valor obtido por oximetria de pulso -SpO₂:SpO₂ com O₂ suplementar: _____% SpO₂ em ar ambiente: _____%**III-EXAMES COMPLEMENTARES ADICIONAIS**

Espirometria pré BD: CVF _____ L VEF1: _____ L VEF1/CVF: _____

Data: _____

Espirometria pós BD: CVF _____ L VEF1: _____ L VEF1/CVF: _____

Data: _____

Ecocardiograma: _____

PMAP estimada: _____

Data: _____

RX de tórax: _____

Data: _____

Outros: _____

IV-PRESCRIÇÃO DA OXIGENOTERAPIADispositivo de administração: () cateter nasal () máscara simples () máscara com reservatório () máscara de venturi () cateter traqueal () BIPAP ou CPAP + O₂Fluxo de O₂ (concentrador):

_____ L/min diurno _____ L/min noturno _____ L/min esforço/exercício

Tempo de suplementação (ao dia): () 24 horas () 12 a 18 horas/dia () 06 a 12 horas/dia

Uso intermitente - justificar: _____

SPO₂ com fluxo prescrito: _____% _____ L/min

V - DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____	CRM: _____
Especialidade: _____	
Telefone para contato: _____	
Data: ____/____/____	
_____ Assinatura e carimbo com CRM	

