



ROTEIRO DE VISITA PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:

IDADE: | SEXO: | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: | ORIENTADA | DESORIENTADA | CONFUSA

SE NECESSÁRIO NOME DO INFORMANTE RESPONSÁVEL:

GRAU DE PARENTESCO: | DATA:

CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO:

TIPO DE INSTALAÇÃO ELÉTRICA: | CONDIÇÕES DE HIGIENE: | AMBIENTE DA CASA É VENTILADO?

HÁ ANIMAIS DOMÉSTICOS CIRCULANDO PELA CASA? | HÁ CRIANÇAS NA CASA? | O CILINDRO ENCONTRA-SE EM LOCAL SEGURO?

CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE:

PA: | P: | FR: | T°: | DEXTRO mg/dl: | SpO2:

AUSCUTA PULMONAR:

DATA DA ÚLTIMA GASOMETRIA: | PO2: | PCO2: | PH: | SpO2:

COM QUE FREQUÊNCIA VAI AO MÉDICO?: | OUTRAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

OFERTA DE O2 POR:

CATETER TIPO ÓCULOS | MÁSCARA | MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA | PRESCRIÇÃO DE O2:

OPERACIONAL:

DATA DA INSTALAÇÃO DO APARELHO: | APARELHO JÁ APRESENTOU DEFEITO? | QUANTO TEMPO DEMOROU PARA SER TROCADO?

QUANTO TEMPO DEMOROU P/ SER CONSERTADO? | NÚMERO TOTAL DE HORAS DO APARELHO | DATA DA ÚLTIMA TROCA DO DO FILTRO INTERNO

NÚMERO DE REGISTRO DE HORAS DA ÚLTIMA TROCA | DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA TROCA | COMO É FEITA A HIGIENE DO FILTRO EXTERNO?

POSSUI EXTENSÃO ELÉTRICA NO APARELHO? | QUANTO MEDE A EXTENSÃO DE LÁTEX OU PVC?

CONDIÇÕES GERAIS DO APARELHO:

HIGIENE DO APARELHO: | TAMANHO DO CILINDRO RESERVA: | ESTÁ CAPACITADA A UTILIZAR O CILINDRO:

UTILIZA COM FREQUÊNCIA? | COM QUE FREQUÊNCIA É FEITA A REVISÃO DO APARELHO:

RESPONSÁVEL PELA VISITA: | PROVÁVEL RETORNO: