



ROTEIRO DE REQUERIMENTO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR SERVIÇO DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

RG Nº:

CPF Nº:

NÚMERO DO CARTÃO SUS:

NOME DO INFORMANTE (RESPONSÁVEL):

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:

VOLTAGEM DA RESIDÊNCIA:

EQUIPAMENTO:

CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO

CPAP®

BIPAP®

INDICAÇÃO:

HD:

TRAQUEOSTOMIA SIM NÃO

INTERNADO SIM NÃO

MEDICAÇÕES EM USO:

PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR:

OXIMETRIA:
EM AR AMBIENTE:

EM USO DE O ₂ (l/min.):	O ₂ :
------------------------------------	------------------

GASOMETRIA EM AR AMBIENTE: P O ₂ :	PCO ₂ :	PH:	SpO ₂ :
--	--------------------	-----	--------------------

GASOMETRIA EM USO DE ____ l/min. O ₂ : P O ₂ :	PCO ₂ :	PH:	SpO ₂ :	DATA:
---	--------------------	-----	--------------------	-------

COR PULMONALE		SIM		NÃO
POLICITEMIA		SIM		NÃO

NÚMERO DE HORAS/DIA DE USO E FLUXO RECOMENDADOS:

PARA SUPORTE PRESSÓRICO COM PRESSÃO POSITIVA:

CPAP®
POLISSONOGRAMA:

COMORBIDADES ASSOCIADAS OU SINTOMAS:

NÚMERO DE HORAS E PRESSÃO RECOMENDADA:

BIPAP®
ESPIROMETRIA:

COMORBIDADES ASSOCIADAS OU SINTOMAS:

GASOMETRIA ARTERIAL:

NÚMERO DE HORAS E PRESSÃO RECOMENDADA (INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA):

OUTRAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

MÉDICO:

INSTITUIÇÃO: | DATA:
