

ANEXO VII

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Unidade de Saúde: _____
Usuário: _____ DN: _____
Nº SUS: _____ Nº SES: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____

RELATORIO MEDICO:

TERAPIA INDICADA: BAIXO FLUXO () ALTO FLUXO () PORTÁTIL ()
QUANTIDADE: _____ L/Min.

COMORBIDADES:

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE