

ANEXO I

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

RELATÓRIO MÉDICO PARA ADMISSÃO E ACOMPANHAMENTO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Nome do
paciente: _____

Idade: _____

Diagnóstico de Base/tempo de duração da doença: _____

CID: _____

Quadro Clínico: _____

Complicações:

Insuficiência cardíaca, Corpulmonale e
Outras _____

Sinais e sintomas de hipoxemia:

SIM _____ NÃO _____

Medicações em uso atual (nome e dose): _____

Para admissão: Gasometria arterial (doença estável e em ar ambiente)

Data do exame: ____/____/____.

Exame realizado: em repouso durante teste de caminhada durante o sono (polissonografia)

pH: _____ PCO₂: _____ PaO₂: _____ HCO₃: _____ BE: _____ Sat. de O₂: _____ Hemoglobina (g/dl): _____ Hematócrito (%): _____

Reavaliação em 3 meses.

Para acompanhamento: Oximetria (doença estável e em ar ambiente)

Data do exame: _____ / _____ / _____

SpO₂: _____

Encaminhamento: Retornar em 6 meses () Alta ()

Prescrição da Oxigenoterapia: Fluxo de O₂ indicado: _____ L/min (dia)

Número de horas por dia a ser usado: ()

1. 24h/dia 2. 18h/dia 3. Noturno (necessidade de comprovação por polissonografia/oximetria noturna) 4. Durante exercício (teste de caminhada de 6 minutos)

Tipo de interface indicada: () 1. Cateter nasal () 2. Máscara para Traqueostomia () 3. Máscara Facial

Saturação do O₂ com o fluxo de O₂ prescrito:

Médico responsável pela prescrição:

Nome:

CRM/DF:

Telefone para contato:

e-mail:

Instituição:

Data: _____ / _____ / _____

OBS.: Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar serão utilizados os critérios conforme Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

Assinatura e carimbo