

## ANEXO V

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

Prezada Empresa,

Solicitamos a V.Sª. a instalação do equipamento para o seguinte paciente:

### SOLICITAÇÃO DE INSTALAÇÃO DO CONCENTRADOR PORTÁTIL SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

#### DADOS DO PACIENTE

CLIENTE	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF		
	ODP - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada		
PACIENTE			CPF
IDADE		RESPONSÁVEL / CUIDADOR:	
ENDEREÇO			TELEFONES:
FLUXO L/MIN. ATUALIZADO		USO	( ) CONTÍNUO ( ) PULSADO - HORAS/DIA: _____ H/DIA
PACIENTE: ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) SOB CATETER NASAL			
DIAGNÓSTICO/CID:			
CHECKLIST DO PREENCHIMENTO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO			
<input type="checkbox"/> Em uso de concentrador estacionário de baixo fluxo.			
<input type="checkbox"/> Com indicação de uso contínuo.			
<input type="checkbox"/> Não restrito ao leito.			
<input type="checkbox"/> O fluxo indicado seja até 2L/min.			
<input type="checkbox"/> Não se aplica			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO A SEREM AVALIADOS PELA ÁREA TÉCNICA/COMISSÃO EXECUTORA			
<input type="checkbox"/> Demanda judicial.			
<input type="checkbox"/> Tratamento Médico temporário fora do Distrito Federal.			
<input type="checkbox"/> Outros:			
<input type="checkbox"/> Não se aplica			
ANEXAR DOCUMENTOS/RELATÓRIOS COMPROBATÓRIOS/RELATÓRIO MÉDICO			
OBSERVAÇÕES:			
SOLICITANTE:			
LOCAL:		TELEFONES:	
DATA DA SOLICITAÇÃO:			