



Protocolo de Atenção à Saúde

Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no DF

Área(s): Gerência de Atenção Domiciliar

Elaborador(es)*: Equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar-NRAD/ GEAD/ DIAE/SAPS e da Coordenação de Pneumologia/GRMH/DIASE/SAS

Portaria SES-DF Nº 125 de 07/07/2014, publicada no DODF Nº 137 de 08/07/2014.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A pesquisa foi realizada utilizando a base de dados Medline/Pubmed, com buscas nas principais referências em português e inglês.

1.2 Palavra(s) chave(s)

Long-term home oxigen, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram avaliados 6 artigos relevantes, 6 Portarias e 2 Protocolos de Oxigenoterapia Domiciliar de outros estados da federação, publicados no período compreendido 2000 a 2013.

2- Introdução

As doenças pulmonares têm alta prevalência no mundo, e no Brasil correspondem à quinta causa de morte. No Distrito Federal, em 2009, o coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório correspondeu a 33,3/100.000 habitantes.

Apesar da terapia com oxigênio ser utilizada há aproximadamente 50 anos, somente a partir da década de 70 é que surgiram evidências de que a Oxigenoterapia Domiciliar

*Os elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.

Prolongada (ODP) aumentava a expectativa de sobrevida e melhorava a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas. Outros benefícios da ODP é a diminuição das complicações decorrentes das exacerbações agudas da doença de base e do número de internações hospitalares, além da redução do custo econômico para todo o sistema de saúde.

Pacientes portadores de doença pulmonar, muitas vezes apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social.

Dentre as patologias mais frequentes em que está indicado uso da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada em adultos, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica prevalece. Em crianças, especialmente recém-nascidos muito prematuros, a displasia bronco-pulmonar constitui importante causa de internação prolongada, pela dependência crônica de oxigênio.

A ODP corresponde a mais de 30% dos custos no tratamento da doença pulmonar crônica. Portanto, por constituir uma modalidade de tratamento de custo elevado, sua indicação clínica deve ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pelas sociedades científicas de pneumologia.

3- Justificativa

No Distrito Federal, até 2006, todos os pacientes que tinham indicação de oxigenoterapia domiciliar, só conseguiam ter acesso a esta terapêutica por meio de demanda judicial. Em agosto do mesmo ano, a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal instituiu o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, com base no Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia com o objetivo facilitar o acesso e organizar o acompanhamento dos pacientes que necessitam dessa terapêutica.

Foi assinado contrato entre a SES/DF e empresa fornecedora do concentrador de oxigênio, para atender 200 usuários. A demanda rapidamente aumentou e foi realizada adição de contrato para mais 50 concentradores, que correspondia ao que a legislação permitia (adição de 50%). Novamente foi realizada outra licitação e atualmente temos 689 usuários de oxigenoterapia domiciliar.

Todos esses pacientes são admitidos atualmente pelo Programa de Internação Domiciliar, porém a maioria deles não possui critério para acompanhamento pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD. A admissão ao Programa de Internação Domiciliar não significa que ele está vinculado às equipes de internação domiciliar. Como a maioria não possui critério para internação domiciliar, pois são pessoas que deambulam e até trabalham, o Programa de Internação Domiciliar participa muitas vezes, unicamente como “porta de entrada” para acesso à terapêutica.

Conseqüentemente, esses pacientes que deveriam estar vinculados a uma equipe da Atenção Primária, permanecem utilizando as emergências sempre que precisam de

atendimento. É evidente que vários são usuários da rede de atenção especializada (ambulatórios de pneumologia), porém não existe atualmente um fluxo de atendimento institucionalizado.

Diante de todos esses fatos, mais uma vez foi identificada a necessidade de implantação de um fluxo de acompanhamento para esses pacientes, de uma forma que a rede de atenção à saúde fosse envolvida, favorecendo e facilitando o acompanhamento desses usuários.

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar do Distrito Federal utiliza como base para cadastro do paciente, critérios segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia¹ (Simpósio Internacional de Oxigenoterapia e Ventilação Não Invasiva Domiciliar – São Paulo, abril, 2000), cujas indicações estão atreladas à documentação da presença de hipoxemia em gasometria arterial realizada com o paciente em doença estável, em ambiente e em repouso.

A institucionalização de um protocolo de acompanhamento dos pacientes usuários de oxigenoterapia domiciliar prolongada facilitará o acesso desses e diminuirá o número de intercorrências e internações desnecessárias.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

E84.0 - Fibrose cística com manifestações pulmonares.

G47.3 - Apnéia do sono.

I26 - Embolia pulmonar.

I27.0 - Hipertensão pulmonar primária.

I27.2 - Hipertensão pulmonar secundária.

J43 - Enfisema pulmonar.

J44 - Outras doenças obstrutivas crônicas.

J47 - Bronquiectasia.

J60 a J70 - Doenças pulmonares devido a agentes externos (pneumoconioses).

J84 - Outras doenças intersticiais pulmonares.

J84.1 - Outras doenças intersticiais pulmonares com fibrose.

J84.8 - Outras doenças intersticiais pulmonares especificadas.

J96.1 - Insuficiência respiratória crônica.

P27.1 - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia¹, as evidências científicas mostram os benefícios terapêuticos inquestionáveis da ODP em pacientes com hipoxemia crônica decorrente da DPOC.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia¹, para o diagnóstico clínico é recomendado a realização de gasometria arterial, e se aceita como indicação da necessidade de ODP a demonstração de $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$, ou entre 56-59mmHg na presença de sinais sugestivos de *cor pulmonale*, insuficiência cardíaca congestiva ou eritrocitose (hematócrito > 55%). A avaliação é feita por meio de gasometria arterial, somente considerada quando:

- obtida em laboratório confiável;
- paciente estável clinicamente e com abordagem terapêutica otimizada;
- com prescrição médica detalhada da necessidade do O_2 ;
- com reavaliação dos pacientes após três meses para verificação da real necessidade.

Vale recordar que é de responsabilidade do médico determinar a necessidade e a forma de administração do O_2 .

A gasometria arterial não será obrigatória nas seguintes situações para:

- Crianças e adolescentes <16 anos – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 92\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP;
- Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldades de locomoção – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP,

Casos de exceção ou de pacientes sem pneumopatia, mas com indicação de usar oxigênio ou para tratamento paliativo (ex: síndrome da apnéia do sono, doenças neuromusculares, fase terminal de doenças cardiovasculares, neoplásicas, da síndrome de imunodeficiência adquirida e outras) – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação de ODP.

6- Critérios de Inclusão

6.1 Critérios clínicos:

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia¹ (Simpósio Internacional de Oxigenoterapia e Ventilação Não Invasiva Domiciliar – São Paulo, abril, 2000) constituem indicações para ODP:

Oxigenoterapia contínua

6.1.1 Oxigenoterapia de forma contínua:

- a) $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ ou $\text{SaO}_2 \leq 88\%$, ou
- b) PaO_2 entre 56-59mmHg ou $\text{SaO}_2 = 89\%$, associado a:
 - 1) edema por insuficiência cardíaca ou;
 - 2) evidência de *cor pulmonale* ou;
 - 3) hematócrito $> 56\%$.

Oxigenoterapia intermitente

6.1.2 Oxigenoterapia durante exercício:

- a) $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ ou $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ durante atividade física ou;
- b) Demonstração do aumento da tolerância ao exercício com O_2 durante programa de reabilitação pulmonar.

6.1.3 Oxigenoterapia noturna:

- a) $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ ou $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ durante o sono com evidência de *cor pulmonale*, eritrocitose, ou outro distúrbio físico ou mental atribuído a hipoxemia ou;
- b) Quando a hipoxemia relacionada ao sono é corrigida ou melhorada pela suplementação de O_2 .

6.2. Critérios Administrativos

Para o cadastro do paciente serão necessários os seguintes documentos:

- Relatório Médico para Admissão e Acompanhamento - Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.
 - Cartão SUS.
 - Cópia da Identidade e CPF do paciente.
 - Comprovante de residência (conta de luz atual e em nome do paciente ou familiar, comprovado o parentesco e coabitação). O paciente deve comprovar residência em Brasília ou cidade satélite.

Termo de Responsabilidade e Esclarecimento assinado pelo paciente ou responsável legal.



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 Cor pulmonale Outras: _____

Sinais e sintomas de hipoxemia: SIM (embotamento cognitivo fadiga insônia) 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 exercício 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 (necessidade de comprovação específica)

Tipo de cateter indicado: () 1. Cateter nasal 2. Traqueostomia

Saturação do O₂ com o fluxo de O₂ prescrito: _____

Médico responsável pela prescrição:

Nome: _____ CRM/DF: _____

Telefone para contato: _____ email: _____

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

7- Critérios de Exclusão

- Condições de moradia incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço como: impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação e falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do

equipamento disponibilizado, e residência de difícil acesso; critérios que serão avaliados pela empresa fornecedora do equipamento.

- Mudança de residência para região fora da área de abrangência do Programa (Brasília e cidades satélites).
 - Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica.
 - Persistência do tabagismo.
 - Dificuldades do paciente e de familiares para entender os riscos associados com o tratamento e em manter as medidas de segurança adequadas.
 - Enfermidades que não respondam à oxigenoterapia.
 - Melhora gasométrica significativa, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta).
 - Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio.
 - Necessidade de oxigênio apenas para inaloterapia.
- Os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o paciente do serviço.

8- Conduta

8.1 Conduta Preventiva

- Participação da rede de atenção, o que facilitará o atendimento e acompanhamento do paciente usuário de oxigenoterapia domiciliar prolongada.
- Educação em saúde dirigida aos usuários, familiares e cuidadores.

Encaminhamento do paciente tabagista para o Programa de Controle do Tabagismo.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

O fornecimento do oxigênio será realizado por meio de concentrador de oxigênio, para pacientes dependentes de oxigenoterapia domiciliar. Os sistemas de aporte de O₂ devem ser prescritos individualmente, objetivando os requerimentos e capacidades de cada paciente. O papel da suplementação durante o sono e exercício, em pacientes normóxicos quando despertos e em repouso, ainda é objeto de investigação. Em outras doenças que não a DPOC, os benefícios da oxigenoterapia domiciliar de longa duração são frequentemente assumidos, mas não confirmados.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

8.4 Benefícios Esperados

Uma vez que se organiza o atendimento e acompanhamento do paciente usuário de oxigênio na rede de saúde, temos a oportunidade de promover indicação precisa do tratamento, instruir gestores, profissionais, pacientes, cuidadores e familiares, facilitando o acesso, otimizando o tratamento e reduzindo custos.

O uso adequado do oxigênio melhora a tolerância ao exercício, o estado neuropsíquico, diminui o número de internações e conseqüentemente melhora a qualidade de vida e a sobrevida do paciente.

9- Monitorização

Para a monitorização, que será realizada a cada 6 meses, são necessários os seguintes documentos:

- Oximetria de pulso (realizada com doença estável e em ar ambiente).
- Relatório Médico para Admissão e Acompanhamento - Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, atualizado.
- Comprovante de residência (conta de luz atual e em nome do paciente ou familiar, comprovado o parentesco e coabitação).

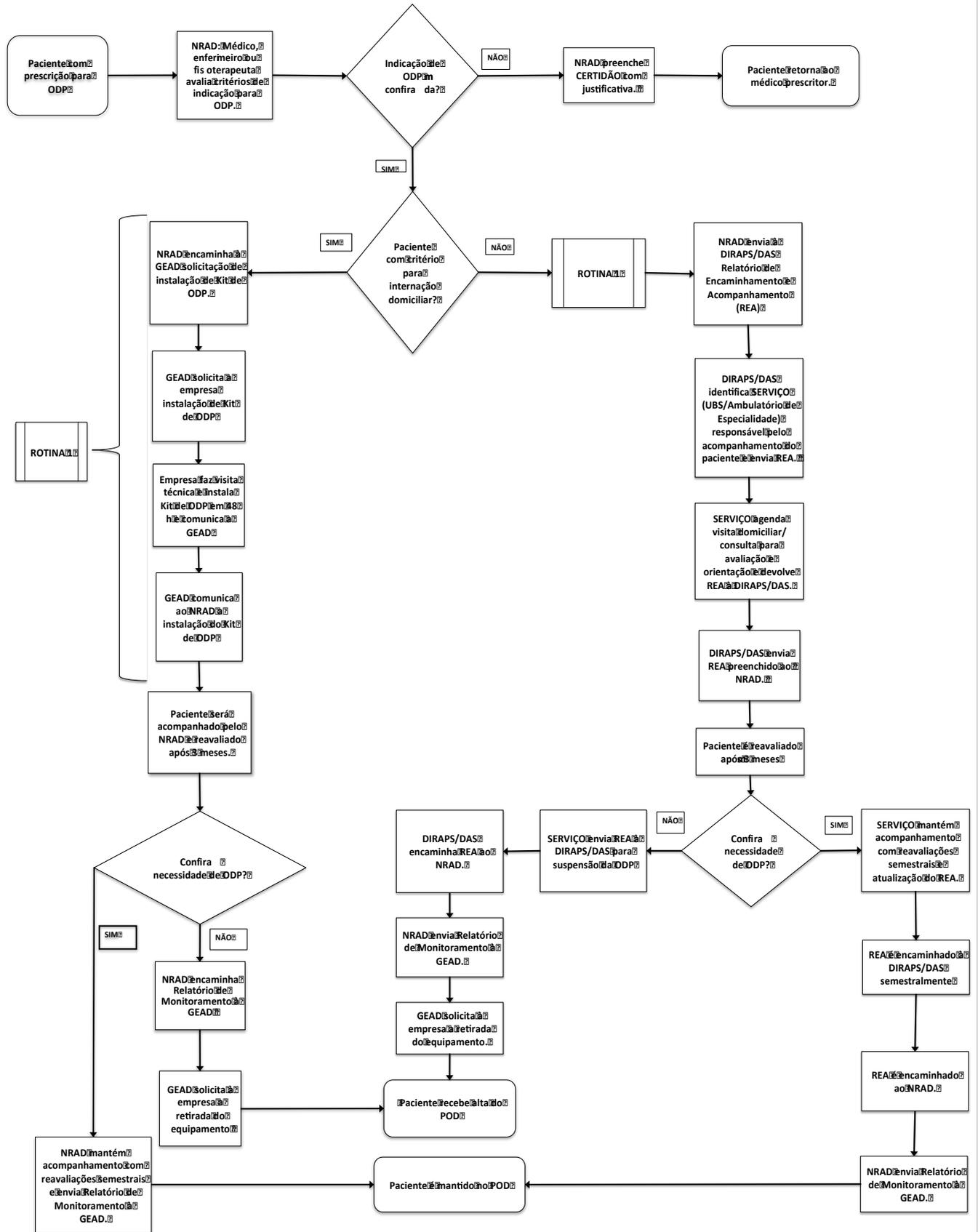
Não é suficiente para a prescrição o uso de oximetria de pulso. O acompanhamento domiciliar do paciente estável, entretanto, pode ser feito por oximetria de pulso.

10- Acompanhamento Pós-tratamento

Após tratamento, o paciente deverá manter acompanhamento com médico assistente.

11- Fluxograma

FLUXOGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA PARA O DISTRITO FEDERAL



Legenda:

- ODP: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
- POD: Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
- GEAD: Gerência de Atenção Domiciliar
- NRAD: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
- DAS: Diretoria de Atenção a Saúde
- DIRAPS: Diretoria de Atenção Primária à Saúde
- UBS: Unidade Básica de Saúde
- REA: Relatório de Encaminhamento/Acompanhamento do paciente usuário de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

O fluxograma cita alguns formulários, que na ordem seriam:

Legenda:

- ODP: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
- POD: Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
- GEAD: Gerência de Atenção Domiciliar
- NRAD: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
- DAS: Diretoria de Atenção a Saúde
- DIRAPS: Diretoria de Atenção Primária à Saúde
- UBS: Unidade Básica de Saúde
- REA: Relatório de Encaminhamento/Acompanhamento do paciente usuário de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

O fluxograma cita alguns formulários, que na ordem seriam:

CERTIDÃO

ESTE DOCUMENTO FOI ELABORADO A PARTIR DE RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, QUE SE BASEIA NA LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO.

O (A) SENHOR (A): _____, ESTEVE
PRESENTE NA UNIDADE DE SAÚDE: _____,
NO DIA ____/____/____, ÀS _____.

NA REFERIDA DATA E HORÁRIO, NÃO FOI REALIZADO O SEGUINTE PROCEDIMENTO:

- CONSULTA
- EXAME
- CIRURGIA
- CURATIVO
- OUTRO: _____

TAL MEDIDA SE DEU PELA SEGUINTE RAZÃO:

- PACIENTE DEVERIA PROCURAR OUTRA UNIDADE DE SAÚDE;
- PACIENTE CLASSIFICADO COMO VERDE / AZUL (BAIXA PRIORIDADE DE ATENDIMENTO);
- PACIENTE CHEGOU ATRASADO;
- PROCEDIMENTO/CONSULTA FOI REMARCADA PARA OUTRA DATA;
- PROFISSIONAL ENVOLVIDO ESTAVA EM OUTRA ATIVIDADE (especificar _____);
- OUTRO: _____

Para todos fins, eu, _____, matrícula _____, declaro
serem verdadeiras as informações acima.

Assinatura do Servidor ou Prestador de Serviço da SES/DF





SOLICITAÇÃO DE INSTALAÇÃO DE KIT DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

SOLICITAÇÃO PARA:				INSTALAÇÃO	RECARGA	RETIRADA
CLIENTE				Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal		
INFORMAÇÕES DO PACIENTE						
NOME DO PACIENTE						
IDADE			NOME DO RESPONSÁVEL / CUIDADOR:			
RG						
CPF			CPF:			
CARTÃO SUS			RG:			
FLUXO (Litros/min)			USO	CONTÍNUO	POR PERÍODO (HS/DIA)	
PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO			SIM		NÃO	
PACIENTE ACAMADO			SIM		NÃO	
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE (CID):						
ENDEREÇO DE ENTREGA COMPLETO:						
PONTO DE REFERENCIA:						
COMPLEMENTO						
BAIRRO:			CEP:		TELEFONE:	
RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS SOLICITADOS						
<input type="checkbox"/> Kit de oxigenoterapia domiciliar de baixo fluxo (até 5 L/min) com cilindro backup						
<input type="checkbox"/> Adaptador de cânula para traqueostomia						
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:						
SOLICITAÇÃO Nº.					DATA:	
CONTRATO Nº						
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:						
MÉDICO SOLICITANTE / CRM:					TEL:	
TELEFONE ()					E-MAIL: gead.saude.df@gmail.com	

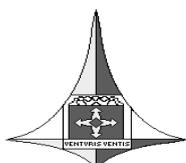


RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO/ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE USUÁRIO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (paciente sem critério para internação domiciliar)	
DADOS DO USUÁRIO	
Nome	
Data de nascimento	Cartão SUS
Endereço	
Telefone	
Cidade	
Nome do responsável	
DADOS DO SERVIÇO DE ORIGEM E AVALIAÇÃO DO PACIENTE (Para preenchimento pelo NRAD)	
Serviço de origem (descrever o serviço)	
NRAD responsável pelo preenchimento / telefone	
Encaminhamento para	DIRAPS/DAS
	Endereço / telefone
DESTINAÇÃO DO PACIENTE (Para preenchimento pela DIRAPS/DAS)	
O paciente acima descrito é usuário de oxigenoterapia domiciliar, não apresenta critérios para internação domiciliar e será acompanhado pelo serviço abaixo descrito.	
Identificação do Serviço	
Endereço	
Telefone	
SITUAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO (Para preenchimento pela Unidade Básica de Saúde/Ambulatório de Especialidade)	
Confirmamos o acompanhamento do paciente pelo serviço abaixo descrito.	
Serviço de Saúde	
Endereço	
Telefone	Data
Responsável pelo preenchimento	
Data	
Assinatura e carimbo	
Solicitamos retirada do equipamento de ODP por motivo de: () Alta () Óbito () Outro	
Serviço de Saúde	
Endereço	
Telefone	Data
Responsável pelo preenchimento	
Assinatura e carimbo	

12- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O controle será feito pela Gerência de Atenção Domiciliar, por meio do Relatório de Monitoramento do Paciente Usuário de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Com este relatório será possível acompanhar:

- Número de pacientes inscritos no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar/mês
- Número de reavaliações trimestrais
- Número de reavaliações semestrais



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS
GERÊNCIA DE ATENÇÃO DOMICILIAR



RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE USUÁRIO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (para preenchimento pelo NRAD e envio à GEAD)				
PACIENTE				
IDADE		RESPONSÁVEL / CUIDADOR		
FLUXO LPM		USO	CONTÍNUO	POR PERÍODO (HS/DIA)
CLIENTE TRAQUEOSTOMIZADO			SIM	NÃO
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE (CID)				
ENDEREÇO COMPLETO				
BAIRRO		CEP	TELEFONE	
Serviço responsável pelo acompanhamento do paciente (<u>nome do serviço</u>)		NRAD		
		Ambulatório de Pneumologia		
		Centro de Saúde		
		PSF		
		Outro		
Realizando avaliações trimestrais/semestrais?		SIM		NÃO
Motivo do não acompanhamento		Dificuldade de marcação		
		Não acha importante		
		Outro motivo		
		Qual?		
Manutenção de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada - ODP () Sim () Não				
Solicitamos retirada do equipamento de ODP por motivo de: () Alta () Óbito () Outro				
Responsável pelo preenchimento				

Data

Assinatura

13- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS
GERÊNCIA DE ATENÇÃO DOMICILIAR



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Eu, _____, RG: _____
_____, CPF: _____, responsável legal pelo paciente _____,
declaro que compreendi todas as informações dadas pela Equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar sobre o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Comprometo-me a:

- Manter o equipamento de oxigenoterapia domiciliar sob minha guarda em perfeito estado de conservação, utilizando-o de acordo com a orientação dada pela equipe e não permitindo seu extravio, sob pena de responsabilidade judicial.
- Usar a oxigenoterapia conforme prescrição médica, tendo ciência de que é necessário renová-la a cada 6 meses com relatório médico atualizado.
- Utilizar o cilindro reserva SOMENTE em caso de mau funcionamento do concentrador de oxigênio ou suspensão de energia elétrica. Nestes casos entrarei em contato com a empresa pelo telefone:.....
- Informar à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento caso o paciente seja internado ou evolua para óbito.
- Informar antecipadamente (mínimo de 15 dias) à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento em caso de possibilidade de mudança de endereço ou viagem do paciente por qualquer motivo.
- Seguir as normas estabelecidas (deveres do usuário, critérios de exclusão), conforme Manual do Usuário de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

Data: ____/____/____.

Paciente ou responsável legal

NRAD

14- Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J. Pneumologia vol.26 nº. 6 São Paulo Nov./Dec.2000

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 – redefina a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 17 de julho de 2012 – altera e complementa dispositivos da Portaria 2.527/MS.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 609, 6 de junho de 2013, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
8. BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Projeto de atendimento em Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada de setembro de 2007.
9. BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. 2010
10. Machado MCLO, Fernandes ALG, Mendes ESPE, Terra Filho M,. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Ed. Atualização e Reciclagem em Pneumologia. São Paulo: Atheneu, 199; 127-142.
11. Machado MCLO. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. SBPT 2008. www.sbpt.org.br.
12. Bartholo TP, Gomes MM, Noronha Filho AJ. DPOC – o impacto da oxigenoterapia domiciliar no tratamento. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas 2009;1 (1):79-84.
13. Adde FV, Alvarez AE, Barbisan BN, Guimarães BR. Recommendations for long-term home oxygen therapy in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2013;89:6-17.
14. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the Medical Research Council Working Party. Lancet. 1981;1:681

Equipe de Elaboradores:

Ana Gabriela S. Ricci
Helder Fonseca e Mendes
João Daniel Bringel Rego
Josefa Graciene Silveira Santos
Luciana Maia Cardoso
Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas
Ruth Gutierrez Aben-Athar