

Como Solicitar

Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar

**Equipe técnica Departamento de Integração Assistencial
Gerência de Integração Assistencial
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**



Introdução

Este é um breve resumo das diretrizes do Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES), acrescido das particularidades de nosso município de Florianópolis/SC.

O documento completo encontra-se disponível, e atualizado, no site:

[https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar,](https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar)

Clique em Média e Alta Complexidade, Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar.



Sugerimos sempre conferir, no site da SES, os modelos das fichas a serem preenchidas, pois o uso de fichas "desatualizadas" acarretam na devolução do processo pelo setor responsável da SES.

Gestão e Gerência do Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar



O Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar (SOVD) pertence ao Setor de Serviços Especiais da SES. É disponibilizado a todos os pacientes advindos tanto do Sistema Público de Saúde como do privado, portadores de distintas doenças crônico-degenerativas que evoluem gradualmente para a insuficiência respiratória e que necessitem de O2 comum, BIPAP e CPAP.

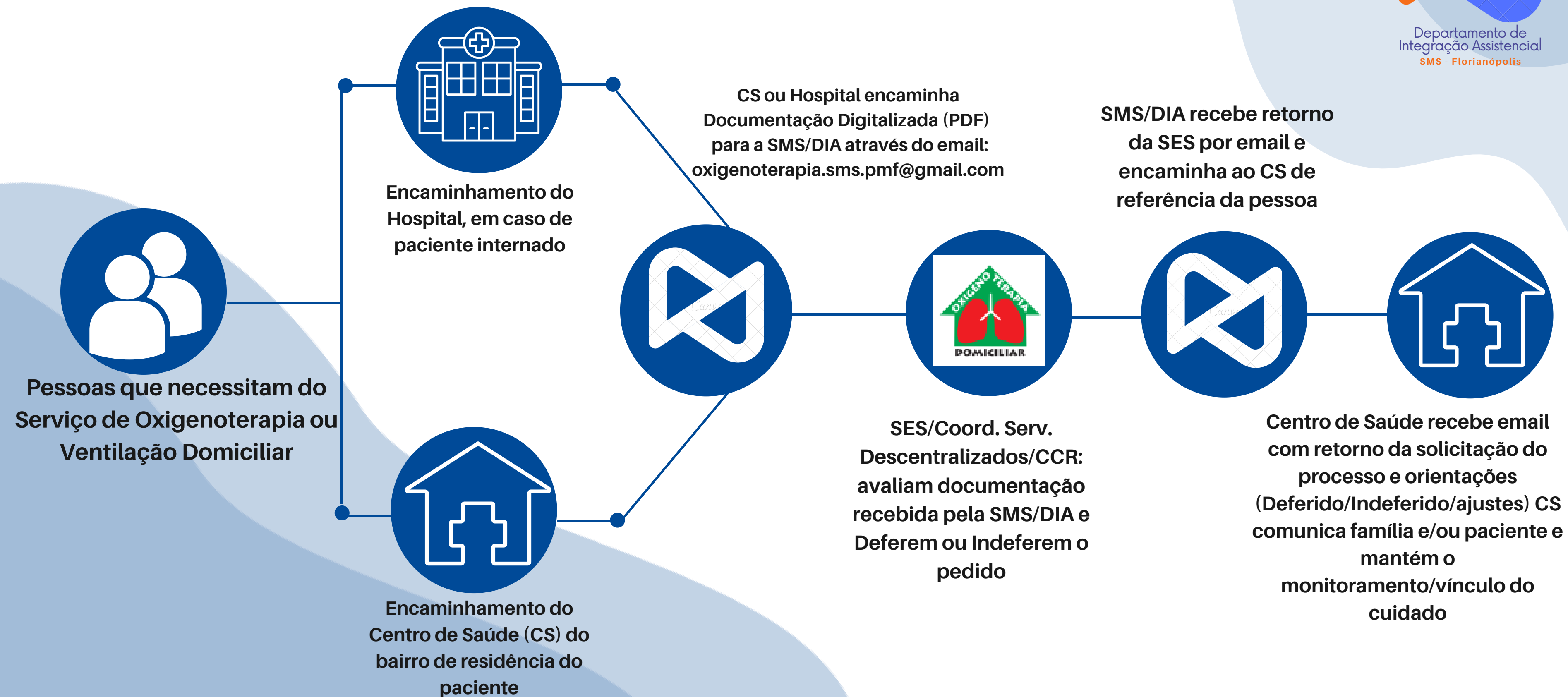
A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, através do Departamento de Integração Assistencial (DIA), **faz a interface** entre os usuários da Atenção Primária à Saúde (APS)/Centros de Saúde e a Coordenadoria de Serviços Descentralizados da Grande Florianópolis, e esta, com o Setor de Serviços Especiais/SOVD da SES, que defere ou indefere as solicitações.



TODA a documentação exigida deve ser encaminhada **SOMENTE DIGITALIZADA**, por e-mail, em PDF único (preferencialmente), seguindo o check list disposto após o Fluxograma de acesso. Não é necessário encaminhar os documentos por malote.



Fluxograma de acesso



Como solicitar um processo no Serviço de Oxigenoterapia ou Ventilação Domiciliar?



O solicitante ou familiar deve comparecer ao Centro de Saúde (CS) de sua localidade com a seguinte documentação:

OXIGENOTERAPIA

1. Ficha de Solicitação Médica original (preenchimento completo, obrigatório CID 10, médico preenche a partir do resultado dos exames, **ficha tem validade de 1 mês**)
2. Cópia do CPF;
3. Cópia do RG (se menor de 18 anos além do documento da criança/adolescente enviar cópia da carteira de identidade do responsável);
4. Cópia do Comprovante de Residência (preferencialmente conta de luz);
5. Cópia do Cartão de Agendamento e Cartão Nacional do SUS;
6. **Cópia** legível do Exame de Gasometria Arterial sem o uso de oxigênio (**válido por 1 mês**)

Com a documentação entregue, o Centro de Saúde preenche a ficha de Cadastro conforme segue:



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR

FICHA DE CADASTRO

1. Identificação do Paciente

Nome:

CPI: Doc. Identidade:

Cartão Nacional de Saúde:

Data Nascimento: / / Sexo: Estado Civil:

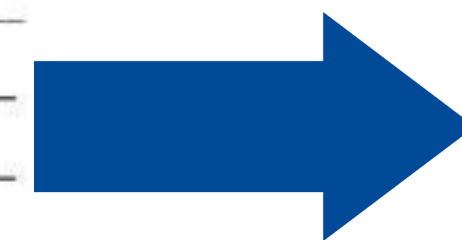
CIEP: - Município: Macro:

Logradouro: _____ n° _____

Bairro:

Ponto de Referência

Telefones para contato: () () ()



TODOS os campos devem ser preenchidos. Campo "Macro", colocar "18ª"

2. Identificação do Responsável

Nome:

CPI: _____ Doc. Identidade: _____

Grau de Parentesco com o Paciente: _____ Telefone: () _____



Se o responsável for o próprio paciente, repetem-se os mesmos dados aqui, ou escreve-se "o mesmo acima"

Continuação - ficha de cadastro

3. Situação de Saúde do Paciente

Unidade de Saúde (PSE) Telefone: ()
Nome do técnico responsável: _____
Fumante () Quanto tempo: _____
Não fumante () Nunca fumou () Fumou por quanto tempo: _____
Parou há quanto tempo: _____ Média de cigarros por dia: _____

4. Parecer da Situação

Eu, abaixo assinado(a), assumo a veracidade das informações acima descritas, com base em documentação apresentada, bem como das declarações recebidas do paciente, ou do responsável, que comigo assina e se identifica neste documento.

Local, data, telefone, assinatura e carimbo do técnico responsável: _____

Nome e assinatura do paciente e/ou responsável: _____

Sugestão de texto: paciente portador da doença X, necessita do uso de oxigenoterapia (ou ventilação domiciliar) conforme prescrição médica anexa.

Escrever **nome do local, cidade, data e assinatura/carimbo do responsável pelo preenchimento** (coordenador, profissional da equipe do território)

Paciente ou responsável assina neste campo

E a ficha de solicitação médica?



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR

Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____	Peso: _____ Kg		
Idade: _____ anos	Município (SC): _____		
Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____
Paciente hospitalizado?	() Sim* () Não	Tabagismo atual?	() Sim** () Não
*Hospital: _____		**Encaminhar para tratamento de tabagismo.	
Data da última exacerbação da doença pulmonar (se aplicável): ____/____/____			

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:

Atenção, processos que não se encaixam nas duas indicações abaixo, possivelmente serão INDEFERIDOS:
[1] PO₂ < 55 mmHg ou Sat O₂ < 88% (a Sat O₂ será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia)
[2] PO₂ entre 55 e 60 mmHg ou Sat O₂ < 89% (APENAS quando há hipertensão pulmonar, Hto > 55% ou edema periférico)

Gasometria arterial	Data	pH	PCO ₂	PO ₂	Bicarb.	BE	Sat O ₂
[anexar ao processo]	Atenção: Exame RECENTE (até 30 dias), coletado SEM O ₂ complementar, com o paciente em REPOUSO (aprox. 10 min) e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo da alta hospitalar)						

- () Paciente pediátrico, não foi coletada a gasometria arterial. Anexado laudo médico ao processo.
() Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação:

Fluxo de O ₂ :	() 1l/min	() 2l/min	() 3l/min	() l/min	Fluxos > 3l/min precisam de titulação por gasometria arterial
Tempo de uso diário:	h/dia (15-24 horas/dia)			Tempo de uso inferior a 15h/dia não gera benefício terapêutico	

Obs: _____

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Telefones de contato: _____; _____
Especialidade: () Pneumologia () Outra [_____]	
Observações: _____	
Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do médico



Departamento de
Integração Assistencial
SMS - Florianópolis

Médico (a) assistente, no Centro de Saúde e/ou hospital e/ou serviço privado deve preencher TODOS os campos necessários, incluindo os dados do médico solicitante (não esquecer de carimbar, cuidar com a nitidez da tinta do carimbo, tinta muito clara pode não aparecer na digitalização)

Atenção: se houver a necessidade de **APARELHO PORTÁTIL** de oxigênio a informação deve constar aqui. Sugestão de texto: paciente necessita de aparelho portátil de O₂.

Se atentar ao preenchimento na ficha adequada à necessidade do paciente!!



Departamento de
Integração Assistencial
SMS - Florianópolis

**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR**

Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____ Peso: _____ Kg
Idade: _____ anos Município (SC): _____

Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1.		1.	
2.		2.	

Paciente hospitalizado? Sim* Não Não
Tabagismo atual? Sim** Não

*Hospital: _____ **Encaminhar para tratamento de tabagismo.

Data da última exacerbação da doença pulmonar (se aplicável): ____/____/____

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:

Atenção, processos que não se encaixam nas duas indicações abaixo, possivelmente serão INDEFERIDOS:
[1] PO₂ < 55 mmHg ou Sat O₂ < 88% (a Sat O₂ será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia)
[2] PO₂ entre 55 e 60 mmHg ou Sat O₂ < 89% (APENAS quando há hipertensão pulmonar, Hto > 55% ou edema periférico)

Gasometria arterial	Data	pH	PCO ₂	PO ₂	Bicarb.	BE	Sat O ₂
[anexar ao processo]	Atenção: Exame RECENTE (até 30 dias), coletado SEM O ₂ complementar, com o paciente em REPOUSO (aprox. 10 min) e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo da alta hospitalar)						

Paciente pediátrico, não foi coletada a gasometria arterial. Anexado laudo médico ao processo.
 Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação:

Fluxo de O₂: 1l/min 2l/min 3l/min l/min **Fluxos > 3l/min precisam de titulação por gasometria arterial**

Tempo de uso diário: _____ h/dia (15-24 horas/dia) **Tempo de uso inferior a 15h/dia não gera benefício terapêutico**

Obs: _____

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____ CRM/SC: _____
E-mail: _____ Telefones de contato: _____; _____
Especialidade: Pneumologia Outra [_____]
Observações: _____
Data: ____/____/____
Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:
<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>

Para **Oxigênio Domiciliar** e **aparelho Portátil**

**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR**

Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____ Peso: _____ Kg
Idade: _____ anos Município (SC): _____

Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1.		1.	
2.		2.	

Paciente com TRAQUEOSTOMIA? Não Sim
Tabagismo atual? Não Sim -> Encaminhar para tratamento de tabagismo
Paciente hospitalizado? Não Sim -> Hospital: _____

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente (IMPORTANTE*):

*Gasometria arterial RECENTE (até 30 dias), coletada SEM O₂ complementar
*Paciente em REPOUSO por ao menos 10 minutos e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo ao momento da alta)

Gasometria arterial - Data do exame: / /

pH	pCO ₂	pO ₂	Sat O ₂	Bicarbonato	BE
----	------------------	-----------------	--------------------	-------------	----

Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação (IMPORTANTE):**

<input type="checkbox"/> Concentrador de oxigênio	Fluxo _____ litros por minuto	Período
<input type="checkbox"/> CPAP	Pressão: _____ cm H ₂ O	h/dia
<input type="checkbox"/> BIPAP simples	Pressões: IPAP _____ cm H ₂ O ; EPAP _____ cm H ₂ O	h/dia
<input type="checkbox"/> Ventilador mecânico não invasivo Bilevel	AVAPS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	h/dia
	IPAP _____ cm H ₂ O ; EPAP _____ cm H ₂ O ; Modo: _____	Volume Corrente: _____ ml
<input type="checkbox"/> Ventilador mecânico convencional domiciliar (24h/dia):	Modo [_____]; FIO ₂ [_____ %]; VC _____ ml	
	PEEP _____ cm H ₂ O ; Pressão de distensão _____ cm H ₂ O ; FR _____ irpm	

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____ CRM/SC: _____
E-mail: _____ Telefones de contato: _____; _____
Especialidade: Pneumologia Outra [_____]
Observações: _____
Data: ____/____/____
Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:
<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>

Para **CPAP** e **BIPAP**

Observações importantes

- **Pacientes pediátricos:** Se necessário, substituir gasometria por relatório médico detalhado com a descrição de medição de saturação por oximetria de pulso $<90\%$, com paciente estável e durante tentativa de retirada de oxigênio **OU** durante monitorização da saturação por 6-12 horas, nos variados níveis de atividade, incluindo sono e alimentação (saturação baixa- $< 90\%$ -em 95% do período de monitorização) e condições familiares para receber e manter os equipamentos e o paciente em casa;
- Pedidos de oxigênio portátil devem ser enviados através da ficha de solicitação médica original, informando o motivo da necessidade, desde que já exista processo de oxigênio estacionário válido/com a renovação em dia.

Ainda sobre Oxigenoterapia: como solicitar gasometria arterial (GA)?

O agendamento do exame de gasometria arterial deve ser feito via SISREG Estadual em vaga em tela para o Hospital Universitário – HU, conforme segue:

DADOS DO PROCEDIMENTO:

Procedimento: GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)
(0202010732) (0202010732)
Faixa Etária: 7 a 120 anos
Sexo: AMBOS
Intervalo: 0 dia
Regulado: NAO

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Central Executante: CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL) - (42C15)
Profissional Solicitante: ENCAMINHAMENTOS DA REDE PUBLICA
CID: J981
Retorno: NAO

VAGAS DISPONÍVEIS

(Clique no nome da unidade de saúde para visualizar as vagas correspondentes)

HOSPITAL UNIVERSITARIO - FLORIANOPOLIS - SC

01.02.2018 - QUI - 07:30hrs - LABORATÓRIO HU (1ª VEZ - Saldo: 2)

- Na **ausência de vaga em tela** deve-se encaminhar o pedido médico, CNS e RG por e-mail ao SOD: **oxisur@saude.sc.gov.br**. O Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar (SOD) agendará o exame de gasometria e devolverá ao Centro de Saúde com dia e local de realização.

CPAP ou BIPAP: para casos de apneia do sono

- Mesma documentação da oxigenoterapia, substituindo o exame de G.A. pela cópia do exame completo de Polissonografia (polissonografia basal e polissonografia com titulação da pressão).
- A solicitação da Polissonografia completa é feita via **SISREG Estadual**, inserir como **Consulta em polissonografia com CPAP.**

BIPAP para doenças neuromusculares e doenças torácicas restritivas



- Mesma documentação da oxigenoterapia;
- O exame de GA pode ser substituído pela polissonografia ou espirometria (cópias);
- Portanto poderá ser: GA **ou** polissonografia **ou** espirometria.
- Deverão vir com justificativa do médico solicitante (declaração médica com a descrição da história clínica do paciente).

BIPAP para pacientes com sinais de hipoventilação noturna

- Mesma documentação da oxigenoterapia;
- O exame de G.A. deve vir complementado com a polissonografia basal e com titulação e espirometria (G.A. e polissonografia completa e espirometria);
- Deverão vir com justificativa do médico solicitante (declaração médica com a descrição da história clínica do paciente).

Relatórios mensais



- Têm o objetivo de monitorar a evolução clínica dos usuários dependentes de O2 e ventilação domiciliar pela Equipe de Saúde do território e facilitar o controle e avaliação pela SES;
- É um compromisso assumido pela Secretaria Municipal de Saúde com a SES, e condição para que seja mantido o fornecimento deste serviço ao Município;
- É **obrigatório** que os Centros de Saúde **enviem mensalmente os relatórios de visita domiciliar** escaneados em formato PDF para o e-mail: **oxigenoterapia.sms.pmf@gmail.com** ;
- O DIA encaminha todos os relatórios recebidos à Coordenadoria de Serviços Descentralizados da Grande Florianópolis (SES);

Como Renovar

Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar

**Equipe técnica Departamento de Integração Assistencial
Gerência de Integração Assistencial
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**



Introdução



Quando há o Deferimento do processo de oxigenoterapia ou ventilação domiciliar o CCR, através do profissional de saúde regulador, determina os prazos para renovações desses processos, podendo ser de 30 a 365 dias.

Por este motivo o acompanhamento e vínculo com a equipe de saúde do território se faz de extrema importância.

O encaminhamento da documentação, PDF, segue o mesmo fluxo de acesso ilustrado inicialmente (Fluxograma de acesso).

Veja, a seguir, como solicitar a renovação para cada situação.

RENOVAÇÃO: Oxigenoterapia Domiciliar



- Nova gasometria arterial (cópia, **validade de um mês**),
- Ficha de Solicitação Médica original (**validade de um mês**);
- Ficha de Cadastro atualizada, preenchida pelo centro de saúde preferencialmente.

Renovação - CPAP ou BIPAP: para casos de apneia do sono

- Ficha de solicitação do médico original (**validade de um mês**);
- Exame de polissonografia basal com titulação (**pode ser a cópia da anterior, realizada em qualquer data**);
- Ficha de cadastro atualizada.

Renovação - BIPAP para doenças neuromusculares e doenças torácicas restritivas

- Ficha de solicitação do médico original (validade de um mês),
- Declaração médica com descrição da história clínica atual do paciente,
- Exame de gasometria arterial (validade de um mês) **ou** polissonografia (pode ser a cópia da anterior, realizada em qualquer data) **ou** espirometria (também cópia, sem validade);
- ficha de cadastro atualizada.

Renovação - BIPAP para pacientes com sinais de hipoventilação noturna

- Ficha de solicitação do médico original (validade de um mês);
- Declaração médica com descrição da história clínica do paciente;
- Exame de gasometria arterial (**validade de um mês**) **e** polissonografia (pode ser a cópia da anterior, realizada em qualquer data) **e** espirometria (também cópia, sem validade);
- Ficha de cadastro atualizada.

DOCUMENTOS ANEXOS

- Ficha de cadastro;
- Ficha de solicitação médica para oxigenoterapia domiciliar;
- Ficha de solicitação médica para ventilação domiciliar;
- Relatório de visita domiciliar mensal.



FICHA DE CADASTRO

1. Identificação do Paciente

Nome: _____

CPI: _____ Doc. Identidade: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Data Nascimento: ___ / ___ / ___ Sexo: _____ Estado Civil: _____

CEP: _____ - _____ Município: _____ Macro: _____

Logradouro: _____ n° _____

Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

Telefones para contato: () _____ () _____ () _____

2. Identificação do Responsável

Nome: _____

CPI: _____ Doc. Identidade: _____

Grau de Parentesco com o Paciente: _____ Telefone: () _____

3. Situação de Saúde do Paciente

Unidade de Saúde (PSF) Telefone: () _____

Nome do técnico responsável: _____

Fumante () Quanto tempo: _____

Não fumante () Nunca fumou () Fumou por quanto tempo: _____

Parou há quanto tempo: _____ Média de cigarros por dia: _____

4. Parecer da Situação

Fui, abaixo assinado(a), assumo a veracidade das informações acima descritas, com base em documentação apresentada, bem como das declarações recebidas do paciente, ou do responsável, que comigo assina e se identifica neste documento.

Local, data, telefone, assinatura e carimbo do técnico responsável:

Nome e assinatura do paciente e/ou responsável:



Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____		Peso: _____ Kg	
Idade: _____ anos		Município (SC): _____	
Patologias pulmonares:		CID10:	
1. _____		_____	
2. _____		_____	
Patologias associadas:		CID10:	
1. _____		_____	
2. _____		_____	
Paciente hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sim* <input type="checkbox"/> Não		Tabagismo atual? <input type="checkbox"/> Sim** <input type="checkbox"/> Não	
*Hospital: _____		**Encaminhar para tratamento de tabagismo.	
Data da última exacerbação da doença pulmonar (se aplicável): ___/___/___			

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:

Atenção, processos que não se encaixam nas duas indicações abaixo, possivelmente serão INDEFERIDOS:

[1] PO₂ < 55 mmHg ou Sat O₂ < 88% (a Sat O₂ será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia)

[2] PO₂ entre 55 e 60 mmHg ou Sat O₂ < 89% (APENAS quando há hipertensão pulmonar, Hto > 55% ou edema periférico)

Gasometria arterial [anexar ao processo]	Data	pH	PCO ₂	PO ₂	Bicarb.	BE	Sat O ₂
	Atenção: Exame RECENTE (até 30 dias), coletado SEM O ₂ complementar, com o paciente em REPOUSO (aprox. 10 min) e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo da alta hospitalar)						

Paciente pediátrico, não foi coletada a gasometria arterial. Anexado laudo médico ao processo.

Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação:

Fluxo de O ₂ :	<input type="checkbox"/> 1l/min	<input type="checkbox"/> 2l/min	<input type="checkbox"/> 3l/min	<input type="checkbox"/> l/min	Fluxos > 3l/min precisam de titulação por gasometria arterial
Tempo de uso diário:	h/dia (15-24 horas/dia)			Tempo de uso inferior a 15h/dia não gera benefício terapêutico	
Obs: _____					

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Telefones de contato: _____ ; _____
Especialidade: <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Outra [_____]	
Observações: _____	
Data: ___/___/___	_____
	Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>



Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____	Peso: _____ Kg		
Idade: _____ anos	Município (SC): _____		
Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1.		1.	
2.		2.	
Paciente com TRAQUEOSTOMIA?	() Não () Sim		
Tabagismo atual?	() Não () Sim	-> Encaminhar para tratamento de tabagismo	
Paciente hospitalizado?	() Não () Sim	-> Hospital: _____	

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente (IMPORTANTE*):

*Gasometria arterial RECENTE (até 30 dias), coletada SEM O2 complementar
*Paciente em REPOUSO por ao menos 10 minutos e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo ao momento da alta)

Gasometria arterial - Data do exame: / /

pH	pCO2	pO2	Sat O ₂	Bicarbonato	BE
----	------	-----	--------------------	-------------	----

Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação (IMPORTANTE**):

		Período
() Concentrador de oxigênio	Fluxo _____ litros por minuto	h/dia
() CPAP	Pressão: _____ cm H ₂ O	h/dia
() BiPAP simples	Pressões: IPAP _____ cm H ₂ O ; EPAP _____ cm H ₂ O	h/dia
() Ventilador mecânico não invasivo Bilevel	IPAP _____ cm H ₂ O ; EPAP _____ cm H ₂ O ; Modo: _____	h/dia
	AVAPS: () SIM () NÃO Volume Corrente: _____ ml	
() Ventilador mecânico convencional domiciliar (24h/dia):	Modo [_____]; FiO ₂ [_____ %]; VC _____ ml PEEP _____ cm H ₂ O ; Pressão de distensão _____ cm H ₂ O ; FR _____ irpm	

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Telefones de contato: _____ ; _____
Especialidade: () Pneumologia () Outra [_____]	
Observações: _____	
Data: ___/___/___	_____
	Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>



RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL (PSF)

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL N.º _____
MUNICÍPIO: _____ DATA DA VISITA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
ENDEREÇO ATUAL: _____
TELEFONE CONTATO ATUALIZADO: _____

EQUIPAMENTOS EM USO

CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO () (litros por minuto e horas por dia)	VENTILAÇÃO ASSISTIDA ()
1. Quantidade Prescrita pelo médico do SOD (Guia de Autorização de Serviço – GAS): ____ L/min _____ horas/dia	1. Tipo: CPAP() BIPAP() BIPAP SYNCRONY ()
2. Quantidade utilizada pelo paciente: ____ L/min _____ horas/dia	2. Quantidade utilizada pelo paciente: ____ horas/24h _____ noites/semana

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

1. Qual a doença de base do paciente?	() DPOC () ASMA () DOENÇA INTERSTICIAL () CARDIOPATIAS () OUTRAS: _____
2. O paciente foi internado nos últimos 30 dias? SIM () NÃO ()	Se sim: Quantos dias? _____ Motivo: _____
3. Quais as condições de saúde do paciente? (Está estável? Apresentou melhora do cansaço? Está adaptado ao equipamento?)	- TRAQUEOSTOMIA: () SIM () NÃO - SINTOMAS / QUEIXAS () ERUCTAÇÃO MATINAL () CEFALÉIA () OLHOS SECOS () ESPIRRROS FREQUENTES () CONGESTÃO NASAL () RINORRÉIA () OUTROS: _____
4. Medicções para DOENÇA PULMONAR em uso? O paciente utiliza corretamente as medicações? SIM () NÃO ()	() SALBUTAMOL SPRAY (Aerolin) () BROMETO DE IPATRÓPIO SPRAY (Atrovent) () BECLOMETASONA (MIFLAZONA) () FORMOTEROL+BUDESONIDA (Alenia/ Foraseq/ Symbicort) () FORMOTEROL+BECLOMETASONA (Fostair) () SALMETEROL+FLUTICASONA (Seretide) () BROMETO DE TIOTRÓPIO RESPIMAT (Spiriva) () CLORIDRATO DE OLODATEROL RESPIMAT (Striverdi) () VILANTEROL+FLUTICASONA (Relvar) () BROMETO DE GLICOPIRRONIO (Seebri) () OUTRAS
5. O paciente é tabagista? () ATIVO () EX-TABAGISTA () NUNCA FUMO Já foi encaminhado ao Programa de Controle do Tabagismo? _____ Recusou-se? _____	6. O paciente usa o equipamento conforme prescrição médica? () Sim () Menos tempo do que prescrito () Apenas nas crises de falta de ar () Não usa 7. O paciente usa o aparelho toda a noite? SIM () NÃO ()

CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO

1. Mantém condições mínimas de higiene no local de instalação do equipamento? SIM () NÃO ()	2. O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente? SIM () NÃO () Se não, qual o problema detectado? _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DEMANDAS DO PACIENTE E FAMILIARES

ORIENTAÇÕES DADAS AO PACIENTE:

() Rever com médico assistente suspensão de O2 domiciliar	() Rever com médico assistente suspensão do CPAP/BIPAP
() Rever com médico assistente fluxo adequado O2 domiciliar (titulação)	() Rever com médico assistente ajustes na pressão
() Melhorar cuidados com aparelho	() Melhorar cuidados com aparelho
() Cessação tabagismo	() Rever com medico assistente ajustes na máscara
() Avaliar ajuste no tratamento medicamentoso da doença pulmonar	() Cuidados traqueostomia
() Outras: _____	() Outras: _____

REGISTRO DA VISITA

Assinatura do paciente ou cuidador

Assinatura e carimbo do técnico que realizou a visita

Assinatura e carimbo do médico responsável (PSF ou SMS)