

GDF – Governo do Distrito Federal
SES – DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SAS – Subsecretaria de Atenção à Saúde
COIND – Coordenação de Internação Domiciliar

RELATÓRIO MÉDICO PARA ADMISSÃO NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Telefone para contato: _____ Celular: _____

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): _____

Gasometria arterial (doença estável e em ar ambiente)

Data do exame: ____/____/____

Exame realizado: ☐ em repouso ☐ durante exercício ☐ durante o sono (polissonografia)

pH: _____

HCO₃: _____

PaO₂: _____

BE: _____

Hematócrito (%): _____

PCO₂: _____

Sat de O₂ _____

Hemoglobina (g/dl): _____

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)

4. Durante exercício (necessidade de comprovação específica)

Tipo de cateter indicado: () 1. Cateter nasal 2. Traqueostomia 3. Transtraqueal

Saturação de O₂ com o fluxo de O₂ prescrito: _____

Médico responsável pela prescrição:

Nome: _____ CRM-DF: _____

Telefone para contato: _____ e-mail: _____

Instituição: _____ Data: ____/____/____

Obs.: O Médico responsável pela prescrição será o médico responsável pelo acompanhamento clínico do paciente e, conforme consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, deverá atualizá-la semestralmente emitindo novo relatório médico.

Assinatura e Carimbo