



CHECKLIST DE VISTA DOMICILIAR DO POD - FISCAL TÉCNICO (eSF)

Data: / /		Horário:
Nome do paciente:		
Endereço/Local:		
Volume de Oxigênio Prescrito:	L/min	
Volume de Oxigênio Utilizado:	L/min	
EQUIPAMENTOS	PRESENTE	AUSENTE
Concentrador de oxigênio baixo fluxo		
Concentrador de oxigênio alto fluxo		
Concentrador de oxigênio portátil		
MATERIAIS	DATA DO ÚLTIMO FORNECIMENTO	EM FALTA
Cateter tipo óculos adulto		
Cateter tipo óculos pediátrico		
Máscara para traqueostomia adulto		
Máscara para traqueostomia pediátrico		
Máscara facial adulto		
Máscara facial pediátrico		
Extensor		
Regulador de Pressão		
Fluxômetro		
Macronebulizador		
Observações:		
CONDIÇÕES DE MORADIA		
BENEFICIÁRIO DA TARIFA SOCIAL DE ENERGIA? () SIM () NÃO		
INSTABILIDADE OU QUEDAS DE ENERGIA FREQUENTES? () SIM () NÃO		
COMPORTAMENTO DO PACIENTE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO		
PACIENTE TABAGISTA? () SIM () NÃO		
QUANTIDADE DE RECARGAS DO CILINDRO DE BACKUP?		
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		
Nome do servidor:		
Matrícula:		
Cargo/função:	Lotação:	

Assinatura do paciente ou responsável pelo paciente
CPF: _____

Assinatura do responsável pela visita