

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: _____

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. Transt. ☒ qual

Saturação do 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

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL



SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE

FORMULARIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR		
UNIDADE DE SAÚDE:		
USUÁRIO:		DN: ----/----/-----
Nº SUS:	NºSES	
ENDEREÇO:		
CIDADE:		ESTADO:
RELATÓRIO MÉDICO:		
TERAPIA INDICADA: BAIXO FLUXO() ALTO FLUXO() PORTÁTIL ()		
QUANTIDADE:-----L/M		
COMORBIDADES :		
DATA:-----/-----/-----		
ASS.PACIENTE/RESPONSÁVEL:		ASS. MÉDICO SOLICITANTE: