

## GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	
Jnidade de Saúde:	
Jsuário:	DN:
Nº SUS <u>:</u> Nº	SES:
Endereço:	
Cidade:	Estado:
RELATÓRIO MÉDICO:	
TERAPIA INDICADA: BAIXO FLUXO (   )  ALTO F QUANTIDADE:L/Min.	FLUXO( ) PORTATIL( )
COMORBIDADES:	
DATA: / /	
<u> </u>	
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL	ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

**ATENÇÃO:** Este formulário deve ser entregue a ESF (Equipe de Estratégia de Saúde da Família), no centro de saúde, após a entrega de equipamentos na residência do usuário, a fim de que a equipe mantenha o acompanhamento mensal do paciente em uso de oxigenioterapia.