



Unidade de Saúde: _____	
Usuário: _____	DN: _____
Nº SUS: _____	Nº SES: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	Estado: _____

**RELATÓRIO MÉDICO:**

**TERAPIA INDICADA:** BAIXO FLUXO ( ) ALTO FLUXO ( ) PORTÁTIL ( )  
**QUANTIDADE:** \_\_\_\_\_ L/Min.

<b>COMORBIDADES:</b>
----------------------

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL</b>	<b>ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE</b>

**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.