



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

RELATÓRIO MÉDICO PARA ADMISSÃO E ACOMPANHAMENTO
PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Diagnóstico de Base/tempo de duração da doença: _____

CID: _____

Quadro Clínico: _____

Complicações:

Insuficiência () cardíaca () Cor pulmonale ()

Outras: _____

Sinais e sintomas de hipoxemia:

SIM _____ NÃO _____

Medicações em uso atual (nome e dose):

Para admissão:

Gasometria arterial (doença estável e em ar ambiente) Data do exame: ____/____/____

Exame realizado:

() em repouso () durante teste de caminhada durante o sono (polissonografia)

pH: _____ PCO₂: _____ PaO₂: _____ HCO₃: _____ BE: _____

Sat. de O₂: _____ Hemoglobina (g/dl): _____ Hematócrito (%): _____

Dados que devem ser incluídos no **Prontuário** Eletrônico do Cidadão do e-SUS Atenção
Primária à Saúde:

Reavaliação em 3 meses.

Para acompanhamento: Oximetria (doença estável e em ar ambiente)

Data do exame: ____/____/____ SpO2: ____

Encaminhamento: Retornar em 6 meses () Alta ()

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/oximetria noturna)
4. Durante exercício

(teste de caminhada de 6 minutos)

Tipo de interface indicada: () 1. Cateter nasal () 2. Máscara para

Traqueostomia () 3. Máscara Facial _____

Saturação do O2 com o fluxo de O2 prescrito: _____

Médico responsável pela prescrição:

Nome: _____ CRM/DF: _____

Telefone para contato: _____ email: _____

Instituição: _____

Data: ____/____/____

OBS: Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar serão utilizados os critérios conforme Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Assinatura e carimbo