

# FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL



SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE

<b>FORMULARIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR</b>		
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: