

FICHA INICIAL DE OXIGENOTERAPIA - CILINDRO DE 1M³

1. Nome:		
2. Idade:		3. Data de Nascimento
5. Diagnóstico Clínico que provocou a necessidade de ODP		
6. Tempo de duração da doença acima		
7. Medicamentos em uso para a doença acima		
8. Se DPOC: () S () N B ₂ – AGONISTAS DE LONGA DURAÇÃO INALATÓRIO () S () N Tiotrópio () S () N Ipratrópio		
9. Ex Tabagismo () S () N		10. Parou há quanto tempo?
11. Sinais de hipertensão pulmonar () S () N		
12. Quais:		
Gasometria (colhida em ar ambiente, após repouso de 30 minutos e após 60 dias após a última exacerbação, com medicação otimizada). Data: / /		
13. pH	14. PaO ₂	15. PaCO ₂
16. HCO ₃	17. BE	18. SaO ₂
Espirometria (Opcional): Data: / /		
19. CVF %	20. VEF1 L	21. VEF1/CVF= %
22. Teste da caminhada dos 6 minutos (Opcional):		
23. Saturação de Oxigênio, nas mesmas condições da gasometria arterial (Opcional):		

Prescrição da Oxigenoterapia

24. Fonte: Cilindro de 1M ³ ()
Obs: Outras fontes de O ₂ não são fornecidas regularmente pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná salvo mediante solicitação por escrito conforme Protocolo de ODP. Deverá ter prescrição de dias e horas de uso para ser feito cálculo de fornecimento.



25. Fluxo de O ₂ _____ L/min (dia)	
_____ L/min (noite)	
_____ L/min (esforços)	
26. Tempo de Uso: () 1. 01 h/dia () 2. 03 h/dia () 3. 06 h/dia	27. Via de administração: () 1. Cateter nasal : () 2. Transtraqueal () 3. Máscara de VNI
28. Saturação de Oxigênio com o fluxo de O ₂ prescrito:	

Data do retorno: ____/____/____

Médico responsável pela prescrição

Nome: _____ CRM: _____