

## FICHA INICIAL DE OXIGENOTERAPIA

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. Medicações em uso para a doença acima			
8. Se DPOC: ( ) S ( ) N B2 - AGONISTAS DE LONGA DURAÇÃO INALATÓRIO ( ) S ( ) N Tiotrópico ( ) S ( ) N Ipratrópico			
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 <sub>2</sub>	15. PaCO <sub>2</sub>	
16. HCO <sub>3</sub>	17. BE	18. SaO <sub>2</sub>	
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: Concentrador de O <sub>2</sub> ( )	
Obs: Outras fontes de O <sub>2</sub> não são fornecidas regularmente pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.	
25. Fluxo de O <sub>2</sub> _____ L/min (dia)	
_____ L/min (noite)	
_____ L/min (esforços)	



**26. Tempo de Uso:**

(  ) 1. 24 h/dia  
(  ) 2. 18 h/ dia

**27. Via de administração:**

(  ) 1. Cateter nasal :  
(  ) 2. Transtraqueal  
(  ) 3. Máscara de VNI

**28. Saturação de Oxigênio com o fluxo de O2 prescrito:**

Data do retorno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Médico responsável pela prescrição**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_