



CURITIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

**FORMULÁRIO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE SUPORTE VENTILATÓRIO:
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP), VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA
(VMI) E NÃO-INVASIVA(VMNI)**

Este formulário é o documento formal para avaliação da indicação da ODP, VMNI e VMI e **seu preenchimento é indispensável**, bem como, **é obrigatório** anexar os exames comprobatórios relacionados à(s) modalidade(s) de suporte indicadas. Nos casos de inclusão do usuário no programa, será de acordo com critérios estabelecidos.

INFORMAÇÕES INICIAIS

1. O usuário/responsável deverá comparecer na Unidade Saúde com esse formulário preenchido, juntamente com a Gasometria arterial ou oximetria em ar ambiente (se o pedido for de concentrador), e também com Laudo Médico de Doença Neuromuscular (se o pedido for de BIPAP BILEVEL) ou Polissonografia Completa com Índice de Apneia e Pressão de correção (para pedidos de CPAP), para que seja encaminhado para avaliação com o pneumologista do programa.

2. Os critérios para inclusão no PODP estão de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica e em conformidade com Portarias GM/MS nº 1.370, de 03/07/2008 e SAS/MS nº 370 de 04/07/2008.

Nome do usuário: _____ D. N.: ___/___/___

Unidade de saúde: _____ Serviço/Hospital: _____

Diagnóstico/motivo da indicação: _____ CID: _____

DADOS DE SOLICITAÇÃO					
EQUIPAMENTO		BIPAP		Concentrador de O2	
		() Ventilador Mecânico		() CPAP	
VENTILADOR MECÂNICO		BIPAP SYNCHRONY (BILEVEL)		CPAP/BIPAP AUTO	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Pressão (cmH2O)	Sem esforço
VC		VC		Nº horas/dia	Aos esforços
FR		IPAP			Ao dormir
Pressão		IPAP Máx			Nº horas/dia
TInspir		IPAP Min		OBSERVAÇÃO: - Para CPAP anexar Polissonografia. - Para BILEVEL anexar laudo de doença neuromuscular. - Para Concentrador anexar gasometria arterial (na impossibilidade desta valor da oximetria em ar ambiente).	
TExpir		EPAP			
PS		FR			
Sensibilidade		TI			
PEEP		Rise Time			
% O2		Rampa			
Parâmetros Alarme		Volume corrente			
		Sensibilidade			
Data: ___/___/___		Carimbo e Assinatura do Médico			