

Anexo III

Formulário de Prescrição de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) e/ou Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD)

1.Nome:

2. Idade:

3. Data de Nascimento:

4.Sexo: F () M ()

5.Município:

6.Endereço:

7. Patologias de Base com CID10:

8. Patologias Associadas com CID10:

Obesidade () Sim () Não

Tabagista () Sim () Não Quanto tempo cessou? _____

Ex Tabagista () Sim () Não

Cuidados Paliativos () Sim () Não

9. Usuário Hospitalizado?

() Sim *

() Não

Qual Hospital? _____

Previsão de alta - Data:

Condições Clínicas para alta hospitalar, descrever:

10. Hospital ficará como referência para intercorrências?

() Sim

() Não

11.Tempo de Utilização do Equipamento:

() Permanente

() Temporário*

***Se temporário pode ser retirado em que condições clínicas, relatar?**

12. Medicções em uso para tratamento da patologia de base e/ou associada:

SpO2 com O2 Repouso: _____% SpO2 de Esforço: _____% SpO2 Noturna: _____%

Exames Essenciais para prescrição de ODP e VMD

13. Gasometria Arterial em Ar Ambiente e em Repouso (Anexar Cópia do Laudo)

(Exame preferencialmente realizado há no máximo de 30 dias. Paciente Internado (coletar próximo a alta hospitalar).

Data: / /

Obs: Exceto paciente dependente de O2 24h/dia e crianças.

14. Crianças preencher o valor de SpO2 (oximetria de pulso)

SpO2 com O2: _____% SpO2 em ar ambiente: _____%

15. Em caso de CPAP, Polissonografia sem CPAP

OBS: Caso o usuário não realize o exame essencial, incluir justificativa médica .

Exames Complementares (anexar exames)

16. Prova de Função Pulmonar (BIPAP) / Hemograma / RX de Tórax /Outros.

Prescrição de Equipamentos (ODP)

17. Via de Administração

() Transtraqueal

() Máscara Orofacial

() Cateter nasal

() Máscara Facial

18. Equipamento (s)

Voltagem da Residência : () 110v () 220v

() Concentrador de Oxigênio até 5l	Fluxo: _____ l/m (dia) Fluxo: _____ l/m (sono)	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia
() Concentrador de Oxigênio até 10l	Fluxo: _____ l/m (esforços)	() 18 a 12h/dia
() Concentrador de Oxigênio Portátil até 6l		() 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia

SpO2 com Fluxo de O2 prescrito: _____ %
(_____ l/m)

Prescrição de Equipamentos (VM)

() CPAP Via de Administração () Máscara Nasal () Máscara Facial Tamanho: () RN () P () M () G	Pressão: _____ cm H2O	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia () 18 a 12h/dia () 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia
() BIPAP Via de Administração () Máscara Nasal () Máscara Facial Tamanho: () RN () P () M () G	Pressões IPAP _____ cm H2O; EPAP _____ cm H2O	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia () 18 a 12h/dia () 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia
() Ventilador Mecânico– BILEVEL Via de Administração () Máscara Transtraqueal () Traqueostomia	IPAP _____ cmH2O, EPAP _____ cmH2O; Modo: _____	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia () 18 a 12h/dia () 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia

() Ventilador Mecânico

-24h/dia

Via de Administração

() Máscara Transtraqueal

() Traqueostomia

Tamanho: () RN () P () M

() G

Modo Ventilatório _____

FiO2 (%) _____ VC _____ ml PEEP

_____ cm H2O Pressão _____ cm H2O

FR _____ irpm

Tempo insp. _____ s.

Tempo exp. _____ s.

P.S. _____

Sensibilidade: _____

AVAPS: _____

() Cough Assit

Pressões IPAP _____ cm H2O;

EPAP _____ cm H2O

Fluxo Insp: Baixo () / Médio () / Alto ()

Tempo insp. _____ s.

Tempo exp. _____ s.

Via de Administração

() Máscara Facial

Tamanho: () RN () P () M () G

Oxímetro de pulso: () Sim () Não

Data do retorno para reavaliação: ____/____/____

Médico responsável pela prescrição

Nome: _____

CRM: _____

Email: _____

Telefone de contato: () _____

Especialidade: _____

Observações: _____

Data: ____/____/____

Assinatura (carimbo)