

Ficha de Solicitação do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

O usuário é acamado e restrito ao leito?*

*apresenta dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde

SIM

NÃO

O usuário tem critérios de elegibilidade para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)*?

SIM

NÃO

*Paciente munícipe de Sorocaba, acamado/totalmente restrito ao leito que: tem, ao menos, um cuidador apto (familiar ou não) para os cuidados em domicílio; tem, ao menos, uma pessoa (preferencialmente, o familiar mais próximo) que possa se responsabilizar pela assinatura de Termo de Adesão ao Serviço de Atenção Domiciliar; não se encontrar institucionalizado em clínicas de repouso e/ou não é atendido por "Home Care"; ou Paciente munícipe de Sorocaba, acamado/totalmente restrito ao leito, com complexidade acima da atendida pelas Equipes de Atenção Básica (UBSs ou ESFs); ou Paciente munícipe de Sorocaba com doença oncológica em atividade e que fica mais do que 50% restrito ao leito.

1. Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: _____ Cuidador responsável: _____

2. Procedência:

Policlínica Municipal

SAD

CMAE

"HOME CARE"

Hospital Qual? _____ UBS Qual? _____

UPA/PA Qual? _____ Outros: _____

3. Plano de Saúde:

4. Informações Clínicas

Diagnóstico Principal: _____ CID _____

Diagnóstico Secundário: _____ CID _____

Tabagista

Ex-tabagista

Fumante passivo

Nunca fumou

Medicações em uso: _____

Sinais Vitais: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm Glicemia Capilar: _____ mg/dl

5. Saturação de Oxigênio

Em ar ambiente no repouso: _____ %

Com O2 suplementar: _____ L/min _____ %

6. Gasometria Arterial em ar ambiente, com paciente em repouso e sem uso de O2 - (válida por até 30 dias)

Data da coleta: ____/____/____

pH _____ PaO2 _____ mmHg PaCO2 _____ mmHg HCO3 _____ mEq/L BE _____ mEq/L SaO2 _____ %

7. Prescrição Médica:

Quantidade em L/min: _____ Total de horas por dia: _____ h

Observações: _____

8. Realiza consultas de saúde externas?

Sim

Não

Qual frequência? _____ X dia semana quinzena mês

9. Necessita de cilindro de transporte?

Sim

Não

10. Assinatura e carimbo do médico prescritor:

Data de Emissão do documento: ____/____/____

Esta solicitação será aceita SOMENTE se estiver devidamente preenchida e com exame de gasometria arterial em anexo.

Após preenchimento, deverá ser enviada via e-mail para: podsorocaba@sorocaba.sp.gov.br com a gasometria arterial em anexo.