

## 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. 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.