



**Prefeitura de Sorocaba – SP
Secretaria Municipal de Saúde**

**PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA
DOMICILIAR PROLONGADA**

SOROCABA – 2020



Prefeitura de Sorocaba – SP
Secretaria Municipal de Saúde

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Camila Cruz Brandão
Eliane Coelho M. Teixeira
Elizangela Leoncio de Souza
Fernanda Aparecida Gimenes Vieira
Ketlin Cazzotto de Abreu
Wania Rodrigues de Oliveira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. JUSTIFICATIVA	6
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 OBJETIVO GERAL.....	7
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	7
4. POPULAÇÃO ALVO.....	8
5. CRITÉRIOS PARA A INDICAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA.....	9
5.1. Critérios clínicos para indicação.....	9
5.1.1 Oxigenoterapia de forma contínua (por no mínimo 15 h/dia).....	9
5.1.2 Oxigenoterapia de forma intermitente.....	10
5.1.3 Oxigenoterapia ambulatorial portátil.....	10
5.1.4 Oxigenoterapia em pacientes pediátricos.....	11
5.2 Documentação de hipoxemia.....	12
5.3 Casos de exceção.....	13
5.4 Toxicidade e riscos associados à ODP.....	14
6. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA.....	15
6.1 Documentos para cadastro inicial.....	15
6.2 Procedimento para solicitação de oxigenoterapia domiciliar prolongada... 15	15
6.3 Pacientes internados fora do município de Sorocaba.....	18
6.4 Critérios de Concessão.....	18
6.5 Critérios de Manutenção.....	19
6.6 Critérios para Renovação.....	20
6.7 Critérios de Exclusão.....	20
7. FONTES DE OXIGÊNIO.....	21
7.1 REQUISITOS.....	21

7.2 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.....	22
7.3 CRITÉRIOS PARA CILINDRO PORTÁTIL.....	22
8. ATRIBUIÇÕES	23
8.1 SECRETARIA DA SAÚDE (SES).....	23
8.2 SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE (MÉDICO, FISIOTERAPEUTA, ENFERMEIRO, ASSISTENTE SOCIAL).....	24
8.3 EMPRESA FORNECEDORA.....	24
8.4 PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.....	25
8.5 PACIENTE E/OU CUIDADOR RESPONSÁVEL.....	25
9. REFERÊNCIAS	26
10. ANEXOS	27
Anexo I – Solicitação inicial do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar	27
Anexo II – Avaliação inicial do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar	28
Anexo III - Relatório de monitoramento/ transporte/ alteração da prescrição... ..	29
Anexo IV – Check list de monitoramento técnico.....	30
Anexo V - Termo de recebimento e responsabilidade de usuário.....	31
Anexo VI – Termo de instalação de equipamento e acessórios	32
Anexo VII - Orientações de segurança	33
Anexo VIII - Ficha de Cadastro.....	34
Anexo IX - Fluxo de entrada	37

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) representam significativamente na proporção da mortalidade global, correspondendo a 4,2 milhões de óbitos anuais e igualmente no Brasil em 2011, as DRC foram à terceira causa de morte no conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Nesta mesma tendência, dados estatísticos obtidos via DATASUS, apontam as doenças do aparelho respiratório como a terceira causa de óbito na região sudeste e a terceira principal causa de internação em Sorocaba no ano de 2017.

A Secretaria Municipal da Saúde (SES) de Sorocaba, identificando a necessidade de atendimento especializado para pacientes com doenças do aparelho respiratório, incluindo a necessidade de tratamento com Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), vem nos últimos 15 anos atendendo a população sorocabana, estruturando a sua capacidade de resposta para buscar o controle, a prevenção de complicações e internações realizando a avaliação e fornecimento de oxigênio domiciliar, atualmente através do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - “Melhor em Casa”.

Dado o perfil epidemiológico ascendente do envelhecimento, com direta proporcionalidade sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o desafio para os municípios e igualmente para Sorocaba se refere a estruturar também linhas de cuidado para portadores de doenças respiratórias de média e alta complexidade e de elaborar diretrizes para atendimento, normatização de condutas médicas e educacionais que permitam a estruturação de ações de prevenção como o combate ao tabagismo, o acompanhamento de doenças como a asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a racionalização e o controle rigoroso da dispensação de ODP no município.

Este projeto tem como objetivos reestruturar e adequar um Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria Municipal de Sorocaba e atualizar os serviços que compõem a rede assistencial do município, desde Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Ambulatório de Especialidades e Hospitais.

2. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a administração de oxigenoterapia domiciliar existe há aproximadamente 50 anos, mas a partir dos anos 70 é que se confirmou que a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), melhorava a qualidade e prolongava a expectativa de vida de pacientes portadores de DPOC com hipoxemia crônica. Baseados no reconhecimento dos benefícios trazidos a muitos pacientes que fazem uso desta terapêutica, os sistemas de saúde vem assumindo este compromisso, e, por conseguinte levando ao aumento da sobrevida dos pacientes, à melhora da qualidade de vida pelo aumento da tolerância ao exercício, à diminuição de internações hospitalares, e ainda colaborando com a melhora de sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica.

Outro aspecto importante, que justifica que o serviço de saúde se organize na indicação e uso desta terapêutica, se dá pelo fato de que a oxigenoterapia é um tratamento de alto custo e que, portanto sua indicação, bem como o acompanhamento esteja organizado e estruturado, de forma que os critérios de indicação e manutenção sejam de conhecimento dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos prescritores. A fim de evitar riscos, proporcionar segurança do paciente e seus familiares.

A garantia de acesso a esta terapêutica é necessária e a implantação de um protocolo para indicação, definição de rotinas, fluxos e monitoramento que contribua para a eficácia e eficiência do Sistema de Saúde Municipal de Sorocaba e otimização de recursos financeiros.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Os objetivos para as diretrizes no município de Sorocaba são:

- Divulgar o protocolo atualizado do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada de forma a aperfeiçoar o fluxo de atendimento e evitar o uso inadequado do serviço;
- Permitir o acesso ao POD para pacientes que o necessitem, com o objetivo de reduzir as internações hospitalares e promover aumento de sobrevida e melhor qualidade de vida dos pacientes e suas famílias;
- Racionalizar os processos administrativos potencializando a eficiência do sistema e a população beneficiada;
- Definir atribuições e competências dos vários serviços envolvidos bem como do usuário beneficiado.

3.2 Objetivo específico

- Orientar os procedimentos na concessão do serviço;
- Definir os critérios clínicos para indicação e suspensão da terapêutica;
- Definir os critérios administrativos;
- Definir as atribuições técnico-administrativas nos níveis de serviço;
- Definir as atribuições do usuário do serviço;
- Articular com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) o monitoramento das ações.

4. POPULAÇÃO-ALVO

A indicação desta terapêutica buscará identificar e submeter à análise deste protocolo as solicitações dos munícipes sorocabanos cujas enfermidades respiratórias que mediante avaliação médica, estejam contempladas para o tratamento de oxigenoterapia no domicílio, bem como caberá ainda à avaliação das demais condições ambientais e sociais a serem descritas. Serão contemplados ainda, munícipes de Sorocaba internados em outros municípios que necessitem de oxigenoterapia domiciliar mediante solicitação do médico assistente.

De modo geral esse tratamento buscará contemplar os portadores de diversas enfermidades respiratórias que demandem uso de oxigênio de modo contínuo, tais como: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC: enfisema pulmonar – bronquite crônica), asma grave associada à hipoxemia, fibrose pulmonar, doenças congênitas que provocam hipoxemia, deformidades torácicas graves, bronquiectasias, fibrose cística, sequelas de tuberculose, doenças de circulação pulmonar (hipertensão pulmonar, embolia pulmonar), fases avançadas de neoplasias, cardiopatias graves e doença intersticial.

5. CRITÉRIOS PARA A INDICAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

5.1 Critérios Clínicos para Indicação

A indicação de oxigenoterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da SaO₂ por oxímetro de pulso é sinalizadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada. É necessária a gasometria arterial para documentação precisa do grau de hipoxemia e ela deve ser realizada enquanto a doença está estável, sem o uso de oxigênio e com o paciente em repouso.

Segundo diversos estudos, constitui indicação para prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) os seguintes achados laboratoriais e de exame físico para:

5.1.1 Oxigenoterapia de forma contínua (por no mínimo 15 h/dia)

Em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):

I) Pressão parcial de oxigênio (PaO₂) menor ou igual a 55mmHg ou saturação arterial de oxigênio (SaO₂) menor ou igual a 88%;

II) Pressão parcial de oxigênio (PaO₂) igual a 56-59 mmHg ou SaO₂ igual a 89%, associado a:

- Edemas por insuficiência cardíaca
- Evidências de cor pulmonale
- Hematócrito ≥ 55%

Em pacientes com sinais sugestivos de Insuficiência Respiratória visivelmente reversíveis com o uso de oxigênio suplementar tais como: taquidispneia, tiragem intercostal, retração de fúrcula esternal.

Nos pacientes que preenchem os requisitos necessários para ODP, após uma internação por exacerbação, uma nova avaliação da indicação pelo médico do POD deverá ser realizada após 90 dias, visto que os mesmos podem apresentar hipoxemia significativa, porém transitória.

5.1.2 Oxigenoterapia de forma intermitente

Oxigenoterapia durante o exercício:

-PaO₂ ≤ 55 mmHg ou SaO₂ ≤ 88% documentada durante o exercício e/ou atividades de vida diária fora do domicílio.

Oxigenoterapia noturna:

-PaO₂ ≤ 55 mmHg ou SaO₂ ≤ 88% documentada durante o sono;
-Queda da SaO₂ ≥ 5% com sinais e sintomas de hipoxemia (definidos como embotamento do processo cognitivo, fadiga ou insônia).

5.1.3 Oxigenoterapia Ambulatorial Portátil

Oxigenoterapia Ambulatorial Portátil (OAP) é definida como a suplementação de oxigênio, através de concentrador portátil com fluxo máximo de 3L/min, para uso durante o exercício ou durante as atividades diárias do paciente.

As indicações da OAP são:

- Pacientes que preenchem critérios para o uso de ODP e que apresentem uma rotina de vida diária ativa fora do seu domicílio.
- O uso de suplementação de oxigênio durante o exercício só deve ser fornecido para pacientes que estão em um programa de reabilitação pulmonar com uma avaliação formal demonstrando o benefício dessa terapia.

- Apresentar ao POD relatório por parte de seu médico assistente, com a indicação na necessidade do oxigênio de transporte, prescrição e descrição da necessidade de saídas para tratamentos/acompanhamentos de saúde.

5.1.4 Oxigenoterapia em pacientes pediátricos

A ODP em pacientes pediátricos é justificada pelas consequências que a saturação baixa de oxigênio crônica pode trazer para essa faixa etária, a saber: hipertensão pulmonar (quando a saturação de O₂ se mantém < 88-90%, exceto para pacientes com cardiopatia congênita e hipertensão pulmonar idiopática), efeitos adversos na cognição e comportamento (quando a saturação de O₂ se mantém < 85%), aumento do risco de morte nos pacientes com Doença Pulmonar Crônica Neonatal (DPCN) quando a saturação de O₂ se mantém < 90%, déficit de crescimento em lactentes com DPCN (quando a saturação de O₂ se mantém < 92%), bem como alteração na qualidade do sono.

Observação: ODP não está indicada para pacientes portadores de asma, mesmo nos quadros graves, no tratamento das crises. Pacientes com bronquiolite aguda devem permanecer internados até o desmame total da oxigenoterapia.

Para a confirmação da necessidade de ODP e definição da saturação alvo devem ser considerados os seguintes pontos:

- Relatório médico detalhado com a descrição de medição de saturação por oximetria de pulso < 90%, com o paciente estável e durante a tentativa de retirada de oxigênio OU,
- Monitorização da saturação durante 6-12 horas, nos variados níveis de atividade, incluindo sono e alimentação (saturação baixa - <90% - em 95% do período de monitorização);

Não há necessidade de gasometria ou medição de níveis de CO₂ rotineiramente, para indicação de ODP.

5.2 Documentação de hipoxemia

Gasometria arterial: Deve ser feita pela gasometria arterial coletada em repouso e em ar ambiente durante doença estável (mostrando PaO₂ ≤ 55 mmHg; ou PaO₂ ≤ 59 mmHg em pacientes com sinais clínicos de cor pulmonale ou policitemia, ou associadas a episódios agudos e recorrentes de broncoespasmo, edemas refratários ou outra enfermidade cardiopulmonar em pacientes com frequentes exacerbações da doença).

A realização de gasometria arterial é imprescindível para a matrícula do paciente no POD de Sorocaba, para documentação de hipoxemia crônica, salvo em crianças ou adolescentes até 16 anos ou em casos de exceção.

Saturação de pulso da oxihemoglobina: A medida da saturação de pulso da oxihemoglobina realizada por oxímetro de pulso é um método não invasivo e prático que pode ser usado de rotina para selecionar quais pacientes necessitam ou não de gasometria arterial (SpO₂ ≤ 90% ou ≤ 92% em pacientes com policitemia). Ela também é utilizada para realização da titulação dos fluxos ideais de oxigênio em repouso, durante o sono e os esforços. Apesar disto, a saturação de pulso da oxihemoglobina medida por oximetria de pulso isoladamente, **não é válida para a prescrição de ODP**; salvo em crianças ou adolescentes até 16 anos ou em casos de exceção (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Temas em revisão ODP, 2008).

Portanto, se a indicação da ODP tiver sido realizada durante doença pulmonar exacerbada, nova avaliação deverá ser feita 45 a 90 dias após exacerbação da doença antes de se matricular o paciente no POD. Este cuidado é para se eliminar a possibilidade do paciente não precisar mais usar ODP quando a doença pulmonar estiver estável, o que costuma acontecer em

25 a 50% na reavaliação sistemática após 45 a 90 dias da alta hospitalar, apontando que muitos pacientes necessitam usar ODP provisoriamente somente nas exacerbações de suas doenças.

5.3 Casos de Exceção

A gasometria arterial não será obrigatória nas seguintes situações para:

- Crianças - Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 92\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP;
- Adolescentes < 16 anos - Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 92\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.
- Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldade de locomoção; Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP;
- Casos de exceção ou de pacientes sem pneumopatia, mas com indicação de usar oxigênio ou para tratamento paliativo (ex: síndrome da apneia do sono, doenças neuromusculares, fase terminal de doenças cardiovasculares, neoplasias, síndrome de imunodeficiência adquirida e outras). Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.

5.4 Toxicidade e riscos associados à ODP

- Manifestações clínicas citotóxicas, quando a toxicidade pulmonar por oxigênio pode ocorrer quando forem utilizadas frações inspiradas superiores a 50% por longos períodos. De qualquer maneira, é recomendado que seja utilizado o menor fluxo de oxigênio necessário para manter a saturação adequada.
- Efeitos funcionais que incluem retenção de gás carbônico e atelectasias. Este fato é ocasionado pela diminuição do estímulo respiratório hipóxico que resulta em diminuição da ventilação minuto e aumento concomitante do gás carbônico. Estudos recentes sugerem que a hipótese mais provável que o aumento da pressão parcial de oxigênio, resultante da administração de oxigênio, pode aumentar o espaço morto devido a reversão da vasoconstrição hipóxica pulmonar.
- Riscos físicos, tais como incêndios e explosões, na maioria das vezes ocasionados pelo hábito de fumar durante o uso do oxigênio; as explosões ocorrem geralmente por golpes ou quedas do cilindro e/ou por manipulação inadequada dos redutores de pressão.

6. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

6.1 Documentos para Cadastro Inicial

- Cópia do RG, CPF, cartão SUS, SIS do paciente;
- Cópia do RG e do CPF do responsável;
- Comprovante de residência do município de Sorocaba (em nome do paciente ou familiar, comprovando o parentesco e coabitação).
- Ficha de Cadastro (anexo VIII)
- Prescrição médica que inclua:
 - I) Diagnóstico e o Código Internacional de Doenças (CID 10);
 - II) Os resultados da gasometria arterial realizada em até 30 dias e outros exames específicos;
 - III) Indicação do fluxo de oxigênio e número de horas por dia a ser usado;
 - IV) Documento de solicitação da ODP (Anexo I) em duas vias, que comprove a necessidade de oxigênio, discriminando a doença pulmonar de base, comorbidades associadas, resultado da gasometria arterial que comprove a presença de hipoxemia e data da última internação.

6.2 Procedimento para Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

- A solicitação inicial deverá ser feita através do preenchimento da Ficha de Solicitação Inicial do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (Anexo I), encaminhada pelas Unidades de Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Policlínica, Ambulatório de Especialidades e Hospitais da Rede, Hospitais Privados via e-mail;

- Em seguida a Unidade de Saúde encaminhará a solicitação digitalizada ao POD através do e-mail: adacamados@sorocaba.sp.gov.br ;
- A avaliação médica do Programa de OPD deverá ser realizada em até 2 dias úteis, devendo especificar na prescrição médica a fonte de oxigênio escolhida conforme o impresso (Anexo II).
- Abrir prontuário e encaminhar para o Serviço Social.
- Preenchimento da Ficha de Cadastro (Anexo VIII): o cuidador responsável deverá entregar documentos originais e cópias;
- O Serviço Social encaminhará os documentos digitalizados e originais a SES;
- A SES deverá conferir a documentação, abrir um Processo Administrativo ou Pleito Administrativo (PA).
- No Processo Administrativo (PA) e prontuário do POD constará:
 - I) Ficha de solicitação do médico assistente com todos os campos de informações de identificação do paciente e de informações técnicas preenchidas de até 90 dias, identificação do médico (carimbo legível com nome, CRM e assinatura) e relatar caso o paciente esteja internado;
 - II) Exame de gasometria arterial legível e recente (máximo 30 dias), contendo: identificação do paciente, data, identificação e assinatura do responsável pela realização do exame;
 - III) Cópia do comprovante de residência;
 - IV) Visita domiciliar quando necessário, para verificar se a moradia é compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção das fontes de oxigênio a ser realizado pela empresa contratada;
 - V) Ficha de cadastro do paciente preenchida e assinada pelo profissional responsável;
- Caberá a SES, a avaliação final do Pleito ou P.A. deferindo ou não a solicitação;

- Em seguida a empresa fornecedora visita o paciente, avalia a viabilidade técnica/ operacional da fonte de oxigênio definida para o paciente e a estrutura residencial, para adequar as condições de atendimento e os recursos a serem utilizados;
- A empresa valida a fonte de oxigênio indicada pelo médico, implementa os serviços e fornece orientações aos pacientes e familiares sobre a fonte de oxigênio e seu manuseio. Nesta fase deverá ser emitido o relatório de implantação pela empresa contratada em 02 (duas) vias, encaminhando-se uma destas vias para o POD;
- Caso não haja divergência entre a fonte de oxigênio indicada pelo médico e a recomendada pelo fornecedor, a SES deverá validar o relatório apresentado pela empresa e autorizar a execução do serviço em até 24 (vinte e quatro) horas. A empresa então deverá encaminhar o comprovante de recebimento assinado em duas vias pelo paciente ou responsável para a SES;
- O POD receberá da SES via e-mail, o deferimento da solicitação e será cadastrado na planilha de dados;
- O cuidador responsável deverá solicitar à empresa fornecedora a reposição de equipamentos e materiais sempre que necessário;
- O cuidador responsável deverá comunicar o POD qualquer ocorrência com o paciente tais como internação hospitalar, retorno domiciliar após a alta, mudança de endereço, viagens e óbito.
- A empresa fornecedora procederá a sua instalação e orientação de uso;
- A primeira reavaliação médica do POD deverá ser realizada em até 90 dias ou a critério médico;
- A fonte de oxigênio será indicada, prescrita ou alterada pelo médico do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (POD). No entanto, poderá ficar a critério de discussão da Comissão Organizadora do POD (médico, enfermagem, fisioterapeuta, serviço social e coordenação), considerando aspectos clínicos, sociais, econômicos, habitacionais, segurança, dentre outros,

- O POD deverá visitar o paciente semestralmente, para verificação do cumprimento dos anexos III e IV. Em caso de divergências com os anexos III e IV, bem como o descumprimento das normas contratuais, a SES será comunicada para que empresa fornecedora seja notificada.

6.3 Pacientes internados fora do município de Sorocaba

- Caso o paciente esteja internado fora do município, a família deverá solicitar a prescrição médica do hospital de referência e exame de gasometria arterial. Os documentos referidos deverão ser entregues ao POD. Após preenchimento da Ficha de Cadastro (Anexo VIII) e apresentação de documentos do paciente, aguardar a liberação da SES para o fornecimento e instalação no domicílio pela empresa fornecedora.
- Considera-se que a alta hospitalar está condicionada à instalação do sistema de oxigenoterapia no domicílio do usuário.

6.4 Critérios de Concessão

- Visita domiciliar do POD se necessário para verificação *in loco* se a moradia é compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção das fontes de oxigênio.
- Cuidador responsável apto para supervisionar o uso oxigenoterapia;
- Ficha de avaliação do médico contendo: identificação do paciente, especificação do diagnóstico e o código internacional de doenças (CID 10), quantidade a ser utilizada diariamente (litros/minuto e horas/dia), data e identificação do médico/especialista (carimbo legível com nome, especialidade, CRM e assinatura);
- Exame de gasometria arterial original, legível, contendo: identificação do paciente, data e assinatura do responsável pela realização do exame.
- Para a realização desse exame, deve-se obedecer o seguinte critério:

PALÁCIO DOS TROPEIROS – 3º andar

Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes 3.041 – Alto da Boa Vista – CEP 18013-280 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 3238.2242 / 3238.2250

coletar sangue arterial do paciente em repouso sem o uso de oxigênio por no mínimo 20 (vinte) minutos;

- Ficha de cadastro social que deverá ser preenchida com dados do paciente (anexo VIII);
- Documento de identidade, CPF e Cartão SUS, cópias legíveis e sem rasuras (frente e verso);
- Cópia do comprovante de residência;
- Encaminhamento via e-mail para Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba solicitando o fornecimento;

6.5 Critérios de Manutenção

- A instalação do aparelho no domicílio do usuário será efetuada em caráter provisório por um período de 90 dias;
- Após este período o paciente será avaliado pelo médico/especialista do POD. Se necessário, o médico deverá solicitar exames que comprovem a necessidade em manter a ODP e/ou alterar a prescrição do uso, bem como a suspensão da ODP.
- Posteriormente a este período o paciente será reavaliado pelo médico/especialista do POD a cada 6 meses e apresentar nova gasometria arterial.
- Caso não seja confirmada a necessidade pelo médico prescritor do POD o equipamento será retirado do domicílio;

Observações:

A ODP pode ser prescrita provisoriamente para pacientes em situações de exacerbação das doenças pulmonares, porém, os critérios descritos neste protocolo devem ser seguidos durante doença estável de acordo com avaliação médica do POD.

6.6 Critérios para Renovação

- O usuário deverá ser reavaliado em 90 dias pelo médico prescritor e posteriormente a cada 6 meses se a ODP for mantida.
- Em cada reavaliação o documento específico (anexo II) deverá ser preenchido com o resultado de gasometria recente, além de dados relativos à fonte de oxigênio, fluxo de O₂, número de horas que deverá ser usado e até mesmo a alta deverá ser anotada nesta ficha (anexo II).

6.7 Critérios de Exclusão

Cabe salientar que os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o usuário do programa. São eles:

- Mudança de residência para outro município;
- Mudança de residência sem prévia informação;
- Não renovar o processo conforme protocolo municipal;
- Não possuir um responsável cuidador contínuo;
- Manter o hábito de fumar;
- Não usar ou usar inadequadamente o oxigênio, causando danos ao paciente, ou ao aparelho ou sob condições de risco de acidentes e explosão;
- Fazer uso de oxigênio para inaloterapia;

- Não aderência ao tratamento farmacológico instituído;
- Não usar o oxigênio conforme a prescrição de acordo com litros por minuto e horas por dia;
- Não manter a moradia ou equipamentos usados para oxigenoterapia sob condições de segurança e higiene;

- Por alta médica em caso de melhora clínica/ laboratorial gasométrica, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão, de acordo com Consenso de ODP da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia;
- Quando o paciente deixa de usar o oxigênio por 90 dias ou mais;
- Paciente internado por mais de 30 (trinta) dias, esclarecendo que o equipamento será recolocado no momento da alta hospitalar, pode ser chamado de exclusão temporária;
- Não comparecimento, do paciente ou familiar a pelo menos uma consulta anual no POD;
- Não atendimento a três visitas do POD e/ou não comparecimento à consulta agendada no prazo de 07 (sete) dias após convocação;
- Óbito.

7. FONTES DE OXIGÊNIO

Serão disponibilizadas como fontes de oxigênio: cilindros de gás sob pressão e concentradores de oxigênio.

O concentrador que fornece fluxos de oxigênio até 10 L/min e os cilindros de gás sob pressão serão opções preferenciais quando houver prescrição médica de altos fluxos de oxigênio (> 4 L/min em repouso).

Ao se indicar o concentrador de oxigênio deve-se levar em consideração o aumento do consumo de energia elétrica e as condições das instalações elétricas do domicílio. Caso a condição econômica do paciente/familiar se enquadre em um dos requisitos da Tarifa Social de Energia Elétrica regulamentada pela Lei nº12. 212/2010 e pelo Decreto nº 7.583/2011, poderá solicitar o benefício de desconto.

7.1 Requisitos

I- família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo federal, com renda familiar mensal per capita menor ou igual a meio salário mínimo; ou

II- quem recebe o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, nos termos dos arts. 20 e 21 da Lei nº 8.746/1993;ou

III- família inscrita no Cadastro Único com renda mensal de até 3 (três) salários mínimos, que tenha portador de doença ou deficiência cujo tratamento, procedimento médico ou terapêutico requeira o uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica.

7.2 Documentos necessários

- Informar o Número de Identificação Social – NIS, ou o Número do Benefício de Prestação Continuada – BPC;
- Informar nome, CPF e Carteira de Identidade;
- Conta de energia elétrica em nome do beneficiário;
- Apresentar relatório e atestado médico subscrito por profissional médico, somente nos casos de famílias com uso continuado de aparelhos;
- Cadastro na Casa do Cidadão de referência.

7.3 Critérios para cilindro portátil:

Um cilindro portátil, com duas recargas ao mês, será fornecido para pacientes com $PO_2 < 50\text{mmHg}$ em uso de suplementação por 24h, para saídas ocasionais para serviço de saúde (consulta médica, fisioterapia), a critério do médico do POD.

OBS - A fonte de oxigênio será indicada, prescrita ou alterada pelo médico do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (POD). No entanto, poderá ficar a critério de discussão da Comissão Organizadora do POD (médico, enfermagem, fisioterapeuta, serviço social e coordenação), considerando aspectos clínicos, sociais, econômicos, habitacionais, segurança, dentre outros.

Todo o equipamento fornecido pela empresa contratada é emprestado ao paciente para seu uso próprio, não podendo ser emprestado ou doado a outrem, e para uso exclusivo em território do Município de Sorocaba.

8. ATRIBUIÇÕES

8.1 Secretaria da Saúde (SES)

- Definir diretrizes para a ODP;
- Disponibilizar recursos financeiros para a ODP;
- Licitar e contratar empresa prestadora de serviço;
- Planejar e coordenar, em conjunto com o POD as ações a serem realizadas;
- Realizar treinamento e capacitação das equipes de saúde;
- Integrar os serviços ambulatoriais e hospitalares da rede;
- Pagamento da empresa fornecedora;
- Planejar, coordenar e supervisionar as ações a serem realizadas em nível local;
- Participar do treinamento das equipes;
- Comunicar o POD se a solicitação inicial foi deferida ou indeferida.
- Em casos de indeferimento, a SES deverá comunicar o paciente e/ou cuidador responsável.
- Estabelecer e manter equipe mínima (médico, equipe de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social) para execução das atividades administrativas e técnicas;
- Determinar e atualizar as diretrizes visando adequar recursos disponíveis e qualidade/eficácia do POD.

8.2 Supervisão Técnica de Saúde (médico, fisioterapeuta, enfermeiro e assistente social)

- Fiscalizar as ações técnicas da empresa fornecedora que devem estar em conformidade com o contrato de prestação de serviço vigente;
- Supervisionar e certificar o uso adequado da oxigenoterapia no domicílio;
- Avaliar condições de moradia para garantir instalação adequada e segura dos equipamentos e materiais;
- Notificar a SES em casos de irregularidades.

8.3 Empresa fornecedora de ODP

- Instalar o equipamento no prazo de 24 horas, 7 dias da semana;
- Dispor de um técnico capacitado para explicar ao paciente/familiar/cuidador, bem como, o funcionamento e o uso dos equipamentos e os cuidados/autocuidados do paciente;
- Adotar todas as medidas de segurança pertinentes a cada tipo de fonte de oxigênio e em conformidade com o estabelecido em contrato;
- Disponibilizar os equipamentos e materiais em perfeito estado e até 5 anos de uso;
- Realizar visitas no domicílio para monitoramento técnico dos equipamentos e materiais periodicamente como manutenção preventiva e corretiva. As trocas dos aparelhos devem ser realizadas quando necessário;
- Atender ao chamado do paciente e/ou cuidador responsável, colocando-se a disposição para quaisquer dúvidas, esclarecimentos e solução de problemas relacionados ao funcionamento dos equipamentos e materiais via contato telefônico, e-mail ou visita domiciliar.

8.4 Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD)

- Definir diretrizes para a ODP;
- Garantir o atendimento dos usuários cadastrados no Programa ODP de acordo com os critérios definidos neste protocolo;
- Realizar treinamento das equipes na área de ODP;
- Integrar as Unidades de Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Policlínica, Ambulatório de Especialidades e Hospitais da Rede;
- Divulgar informações do fluxo de ODP para rede de atenção à saúde do Município de Sorocaba;
- Orientar tratamento contra o tabagismo para os pacientes que continuam fumando em uso de ODP, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

8.5 Paciente e/ou Cuidador Responsável

- Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na oxigenoterapia;
- Informar a empresa contratada e o POD sobre qualquer intercorrência no domicílio;
- Comunicar à empresa contratada pela SES problemas com os equipamentos disponibilizados;
- Não fumar ;
- Não transportar ou retirar da residência o equipamento de oxigênio, em hipótese alguma;
- Não realizar trocas de válvulas reguladoras de pressão;
- Informar o POD em casos de internação e alta hospitalar, mudança de endereço e óbito;
- Concordar e assinar o Termo de Compromisso, as Orientações de segurança e a Ficha de Cadastro do POD.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 12.2012, de 20 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica; altera as Leis nº 9.991, de 24 de julho 2000, 10.925, de 23 de julho de 2004, e 10.438, de 26 de abril de 2002; e dá outras providências.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (01/2017)**. Espírito Santo, Cariacica, 2017.

Norma Regulamentadora – NR 32, Portaria nº 3214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Normas Técnicas para indicação e controle de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)**. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar**. Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**. São Paulo, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)**. J. Pneumologia, São Paulo, v. 26, nº 6 p 341 350. Nov./Dez. 2000. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862000000600011>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Temas em revisão Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**, 2008. Disponível em:
www.sbpt.org.br.

10. ANEXOS

Anexo I - Solicitação inicial do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

1. Identificação

Nome _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Endereço: _____

Telefone: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Diagnóstico Secundário: _____ CID: _____

() Tabagista () Ex-tabagista () Nunca fumou () Fumante passivo

Medicações em uso: _____

2. Cuidador responsável: _____

3. Procedência:

() Hospital Qual? _____ () SAME

() UBS Qual? _____ () UPA/UPH/PA Qual? _____

() Policlínica () Outros _____

4. Plano de Saúde _____

5. Saturação de Oxigênio

Em ar ambiente/ no repouso: _____

Com O2 suplementar: ___ L/min : _____

6. Gasometria Arterial (validade no máximo 30 dias)

Data: ___/___/_____

pH ___ PaCO2 ___ HCO3 ___ BE ___ PaO2 ___ SaO2 ___

7. Prescrição Médica:

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

Observações: _____

8. Paciente encontra-se restrito no domicílio: () Sim () Não

9. Realiza consultas de saúde externas: () Sim () Não

10. Qual frequência? _____

11. Necessita de cilindro de transporte () Sim () Não

12. Data de retorno médico: ___/___/_____

Nome e carimbo do médico prescritor

(Esta solicitação será aceita somente se estiver devidamente preenchida e enviada via e-mail com exame de gasometria arterial e prescrição médica em anexo).

Anexo II – Avaliação inicial do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

1) Identificação			
Nome:	Idade:	DN:	SIS
End:	Bairro		
Cidade:	Telefone(s): ()	; ()	
Cuidador/responsável:	Parentesco		
Data da Solicitação:	Data da Visita/ Consulta Médica:		
2) Procedência:			
Interno S.A.D	Externo:	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Não SUS
	Internado	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: Hospital
3) Avaliação Clínica			
a) Breve histórico da doença de base:			

b) Exame físico:			
EF: PA:	FC:	FR:	Glicemia capilar
Oximetria periférica: em ar ambiente	%	com O ₂ suplementar,	L/minuto: %
Ap CV:			
Ap respiratório:			
Demais aparelhos:			
c) Medicamentos em uso:			

d) Exames complementares:			

e) Gasometria Arterial: data / /			
pH	pO ₂	pCO ₂	HCO ₃ BE sat O ₂
CID(Doença Pulmonar):		CID(outras patologias):	
4) Dados da solicitação:			
a) Tempo de uso:	h/dia.	b) Dia:	L/min Noite: L/min
5) Paciente: <input type="checkbox"/> Restrito ao leito <input type="checkbox"/> Domiciliado			
- Realiza acompanhamento médico fora do domicílio <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
- Frequência das consultas externas: frequência			
- Necessita de torpedos de transporte <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Médico Solicitante:			
Nome:	CRM:		

Assinatura/Carimbo			
Sorocaba, de de			
Solicitação: <input type="checkbox"/> Deferida <input type="checkbox"/> Indeferida			

Anexo III - Relatório de monitoramento/ transporte/ alteração da prescrição

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO / TRANSPORTE/ ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO

- Identificação

Nome: _____

Idade: _____ DN: _____ SIS _____

End: _____ Bairro _____

Cidade: _____ Telefone(s): (____) _____ : (____) _____ ;

Cuidador/responsável: _____ Parentesco _____

MONITORAMENTO

ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO O2

1- PRESCRIÇÃO

Médico responsável pela prescrição/renovação: _____ CRM: _____

Data da Visita/ Consulta Médica: _____ Fluxo: _____ L/min Quant. horas/dia: _____
h/min

2- MANTER USO DE OXIGÊNIO

() Sim () Não

Assinatura/Carimbo

Sorocaba, ____ de _____ de _____.

OBS: Segue receita em anexo

TORPEDO DE TRANSPORTE

1- PACIENTE: Restrito ao leito Domiciliado

2- REALIZA ACOMPANHAMENTO MÉDICO FORA DO DOMICÍLIO SIM NÃO

3- FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS EXTERNAS: _____ frequência

4- NECESSITA DE TORPEDO DE TRANSPORTE SIM NÃO

5- PRESCRIÇÃO

Médico responsável pela prescrição: _____

Fluxo: _____ L/min Quant. horas/dia: _____ h/min

Assinatura/Carimbo

Sorocaba, ____ de _____ de _____.

OBS: Segue receita em anexo

Anexo IV - Check list de monitoramento técnico

Paciente: _____

SIS: _____

Cuidador

responsável: _____

Data monitoramento técnico: ____/____/____

Motivo do uso do

oxigênio: _____

Há quanto tempo faz uso? _____

Data da última prescrição médica: ____/____/____

Quantidade ___L/min Tempo de uso: _____

Fonte principal de oxigênio:

() cilindro Tamanho: _____ Quantidade: _____

() concentrador () baixo fluxo () alto fluxo

() cilindro de backup Tamanho _____ Quantidade _____

Em qual cômodo da casa está instalado o oxigênio? _____

Os cilindros estão fixados verticalmente em suportes adequados? ()Sim ()Não

Estão afastados de correntes tomadas, interruptores e fontes de calor? ()Sim ()Não

Há algum tipo de vazamento entre o manômetro e fluxômetro? ()Sim ()Não

Possui kit portátil (cilindro de transporte)? ()Sim ()Não

Quantidade de cilindros _____

Número de recargas adicionais/mês _____

Materiais e acessórios: Data da última troca:

() catéter nasal _____/____/____

() máscara _____/____/____

() extensão _____/____/____

() copo umidificador _____/____/____

Há algum fumante na residência? ()Sim ()Não

Mantém os acessórios higienizados? ()Sim ()Não

Recebeu e assinou o impresso de Orientações de Segurança do POD? ()Sim ()Não

Observações: _____

Nome do profissional e carimbo

Anexo V - Termo de recebimento e responsabilidade de usuário

Eu, _____

Responsável pelo paciente: _____

CPF: _____ Telefone _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Declaro adesão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada prestado pela Prefeitura Municipal de Sorocaba em benefício ao paciente em epígrafe.

Manifesto ciência que o(s) equipamento(s) e seu(s) acessório(s) recebido(s) são de propriedade das empresas contratadas pela Prefeitura Municipal de Sorocaba. É emprestado ao paciente, para uso próprio, não sendo permitida sua comercialização, doação ou empréstimo a outrem.

A utilização do(s) equipamento(s) e seu(s) acessório(s) são de uso exclusivo no domicílio, em território do município de Sorocaba.

O responsável deverá verificar as condições(s) do(s) equipamento(s) e do(s) acessório(s), ao recebê-los no domicílio, onde a instalação será feita.

É proibida a manutenção e reparos no(s) equipamento(s), por parte do responsável. Em situações, que o responsável perceba o funcionamento inadequado ou avarias no **CONCENTRADOR**, comunicar a empresa _____ no telefone _____ que é responsável por sanar o problema ou substituir o equipamento.

No caso de **CILINDRO de O₂**, que o responsável perceba o funcionamento inadequado ou avarias, comunicar a empresa _____, no telefone _____ que é responsável por sanar o problema ou substituir o equipamento.

O uso de CONCENTRADOR dá direito a 01 recarga do cilindro backup de 6m³.

Assumo o compromisso de zelar e conservar o(s) equipamento(s) e acessório(s) recebido(s), comunicar as empresas contratadas pela Prefeitura qualquer eventualidade atípica e devolução do(s) equipamento(s) e acessório(s) em caso de interrupção do tratamento. E em caso de perda ou furto, eu me comprometo em registrar Boletim de Ocorrência Policial e apresentá-lo ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

Assinatura do responsável: _____

RG: _____ CPF: _____

Vínculo com paciente: _____

(Exemplo: Cônjuge, Filho(a), Neto(a), Cuidador(a), Etc)

Técnico responsável do SAD: _____

Sorocaba, _____ de _____ de _____

ANEXO VI – Termo de instalação de equipamentos e acessórios

Equipe: _____

Declaro que o(s) equipamento(s) e acessório(s) foram regularmente instalados e entregues ao:

Paciente: _____ SIS nº: _____

Residente a Rua: _____, nº _____

Bairro: _____, Telefone(s): () _____ () _____

O(s) equipamento(s) e acessório(s), foram instalados em conformidade com as diretrizes do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria Municipal de Sorocaba com orientações de uso e manuseio.

Equipamento(s) e Acessório(s) entregue(s) ao paciente (**anotar quantidade**)

- | | |
|--|---|
| () concentrador Alto/ baixo fluxo _____ | () cilindro |
| () Máscara Simples com Reservatório | () cilindro <i>backup</i> |
| () Fluxômetro | () Máscara Simples com orifício lateral e extensão |
| () Manômetro | () Kit Macronebulização |
| () Extensão | () Máscara de Venturi |
| () Catéter Nasal (tipo óculos) | () Máscara de Traqueostomia |
| () Copo Umidificador | () Outros |

É de responsabilidade da família, comunicar ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar em caso de não ser mais necessário o uso do(s) equipamento(s) e acessório(s) fornecido(s) pela(s) empresas contratada(s), pela Prefeitura Municipal. Cabem as empresas contratadas a retirada do(s) equipamento(s) e acessórios no domicílio.

Assumo o compromisso de zelar e conservar o(s) equipamento(s) e acessório(s) recebido(s), comunicar as empresas contratadas pela Prefeitura Municipal de Sorocaba, qualquer eventualidade atípica e devolução do(s) equipamento(s) e acessório(s) em caso de interrupção do tratamento. E em caso de perda ou furto, eu me comprometo em registrar Boletim de Ocorrência Policial e apresentá-lo ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

Assinatura do responsável: _____

Técnico responsável do SAD: _____

Anexo VII - Orientações de segurança


- 1) É obrigatório ser supervisionado o uso do oxigênio no domicílio por um cuidador responsável, sob pena de não aprovação ou suspensão do benefício.
- 2) É obrigatório o cuidador responsável comunicar imediatamente o POD pelo telefone **160**, qualquer ocorrência com o paciente, tais como internação hospitalar, retorno domiciliar após alta, mudança de endereço, mudança de número de telefone para contato, viagens e óbito.
- 3) Em caso de suspensão do uso de oxigênio, seja qual for o motivo, solicitar imediatamente a empresa fornecedora a retirada da fonte de oxigênio e acessório(s) no domicílio.
- 4) A Empresa fornecedora de oxigênio deverá instalar no domicílio do paciente os equipamentos autorizados pela SES, adotando todas as medidas de segurança pertinentes a cada tipo de fonte de oxigênio, e de acordo com o estabelecido em contrato.
- 5) Em caso de cilindro caberá à Empresa fornecedora instalar o manômetro e válvulas reguladoras de pressão, em casos de cilindro.
- 6) É proibida a manutenção e reparos no(s) equipamento(s), por parte do responsável. Em situações, que o responsável perceba o funcionamento inadequado ou avarias, comunicar a empresa fornecedora, que é responsável por sanar o problema ou substituir o equipamento.
- 7) É obrigatória para permanência no Programa Oxigenoterapia Domiciliar (POD) a reavaliação médica a cada 6 (seis) meses com prescrição da quantidade de litros por minutos e horas dia de uso oxigênio, bem como gasometria arterial à critério médico.
- 8) Caso não seja confirmada a necessidade pelo médico prescritor do POD o fornecimento da fonte de oxigênio será suspensa.
- 9) Deverá ser respeitada a prescrição médica quanto ao uso de oxigênio (quantidade de litros por minutos e horas dia). Havendo mudança do fluxo de oxigênio pelo médico assistente, o POD deverá ser comunicado.
- 10) Em casos de fornecimento de cilindros, devem estar presos em suportes adequados para evitar quedas. Mantidos em posição vertical, ambiente arejado/ ventilado e piso plano. Não poderão ficar expostos ao sol e chuva. Devem ser acomodados longe de tomadas e interruptores, ou de qualquer corrente de eletricidade.
- 11) Em caso de cilindro, para que não haja escape do oxigênio, quando não em uso, a válvula reguladora do cilindro deve ser mantida fechada.
- 12) Em caso de cilindro, ao observar vazamento entre o manômetro e o fluxômetro, a empresa fornecedora deverá ser comunicada imediatamente.
- 13) Em casos de necessidade de uso de extensões de oxigênio, informar primeiramente o POD para orientações.
- 14) É expressamente proibido fumar próximo a fonte de oxigênio. Evitar fósforos, isqueiro, velas, incensos, dentre outras fontes de chamas.
- 15) Deverá a fonte de oxigênio ficar afastada de outras fontes de calor, como fogões, aquecedor elétrico e materiais combustíveis como madeira, papel, óleo, graxa, dentre outros.
- 16) Atenção à higiene do catéter nasal e/ou máscara. Lavar uma vez por semana com água e sabão ou conforme sujidade. Em casos de ressecamento ou danificações, solicitar a troca para empresa contratada.
- 17) Atenção à higiene do umidificador. Lavar com água e sabão a cada troca da água (filtrada ou fervida).

Técnico responsável

Cuidador responsável

_____/_____/_____

Anexo VIII - Ficha de Cadastro

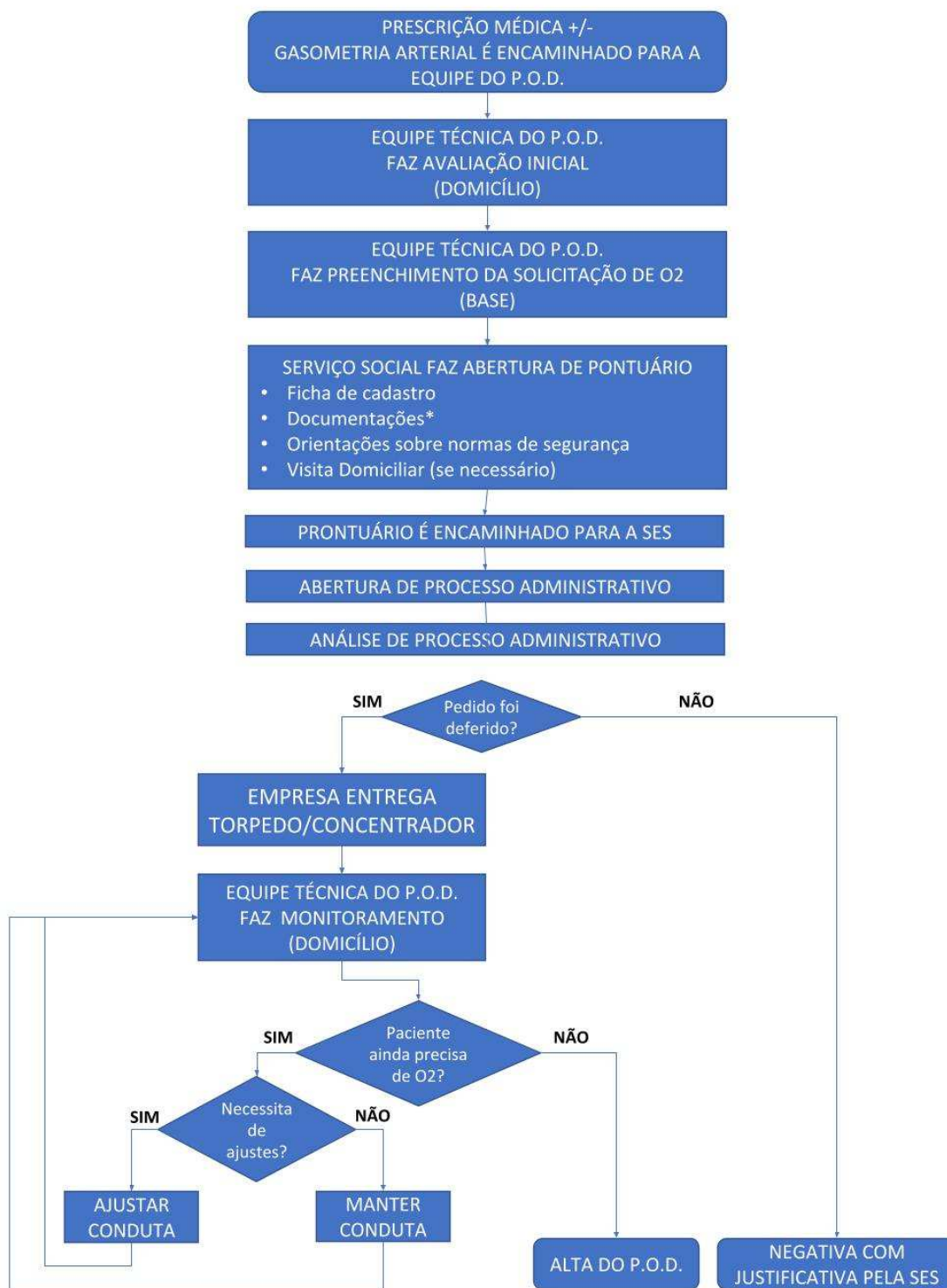
 Prefeitura de SOROCABA		SECRETARIA DA SAÚDE PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA					
FICHA DE CADASTRO							
1. IDENTIFICAÇÃO:							
NOME:			DATA NASC.:				
ENDEREÇO:			BAIRRO:				
TELEFONES:			EQUIPE:		SIS:		
2. IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR RESPONSÁVEL:							
NOME:							
GRAU DE PARENTESCO:			TELEFONE CONTATO:				
3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR:							
NOME	IDADE	FUMANTE	S	N	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	
1 -							
2 -							
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							
7 -							
8 -							
4. SITUAÇÃO ECONÔMICA:							
POSSUEM RENDA		FUNÇÃO/TIPO			VALOR		
1 -							
2 -							
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							
7 -							
8 -							
RENDA FAMILIAR TOTAL					R\$		
RENDA PER CAPTA TOTAL					R\$		
5. DESPESAS FIXAS (R\$):							
TIPO					VALOR		
1 -	ÁGUA						
2 -	ENERGIA ELÉTRICA						
3 -	GÁS						
4 -	ALUGUEL ()		PRESTAÇÃO CASA ()				
5 -	TELEFONE						
6 -	MEDICAMENTOS						
7 -	FRALDA () NÃO UTILIZA		() UTILIZA TAMANHO:				
8 -	OUTROS:						
TOTAL					R\$		
6. CONVÊNIO MÉDICO: () SIM () NÃO QUAL:							



7. BENS E IMÓVEIS:			
TERRENO	()	LOCAL:	_____
CASA	()	LOCAL:	_____
VEÍCULO	()	TIPO:	_____ ANO: _____
OUTROS	()		
8. SITUAÇÃO HABITACIONAL:			
CASA EM QUE RESIDE:			
() CEDIDA	() PRÓPRIA	() ALUGADA	() POSSE () HERANÇA () FINANCIADA
CONSTITUÍDA DE () QUARTOS () BANHEIRO () SALA () COZINHA			
9. INFRA ESTRUTURA:			
INSTALAÇÃO SANITÁRIAS:			
() ESGOTO	() FOSSA	OUTROS: _____	
ILUMINAÇÃO:			
() ELÉTRICA	() LÂMPIÃO	OUTROS: _____	
ÁGUA UTILIZADA:			
() ENCANADA	() POÇO	OUTROS: _____	
10. SITUAÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE:			
PACIENTE HOSPITALIZADO: () NÃO () SIM HOSPITAL: _____			
TRATAMENTO: () CONVENIO () PARTICULAR () SUS			
() FUMANTE QUANTO TEMPO: _____ () NÃO FUMANTE () NUNCA FUMOU			
- FUMOU POR QUANTO TEMPO: _____			
- PAROU HÁ QUANTO TEMPO: _____			
- MÉDIA DE CIGARROS DIÁRIO: _____			
_____ ASSINATURA DO(A) CUIDADOR(A) RESPONSÁVEL		_____ ASSINATURA DO TÉCNICO RESPONSÁVEL	
SOROCABA, DE _____ DE 2019.			
(ASSUMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES DESCRITAS AO TÉCNICO RESPONSÁVEL)			

RELATÓRIO SOCIAL INFORMATIVO

Anexo IX - Fluxo de Entrada



PALÁCIO DOS TROPEIROS – 3º andar

Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes 3.041 – Alto da Boa Vista – CEP 18013-280 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 3238.2242 / 3238.2250