



## ROTEIRO DE REQUERIMENTO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR SERVIÇO DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

RG Nº:

CPF Nº:

NÚMERO DO CARTÃO SUS:

NOME DO INFORMANTE (RESPONSÁVEL):

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:

VOLTAGEM DA RESIDÊNCIA:

### EQUIPAMENTO:

CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO

CPAP®

BIPAP®

### INDICAÇÃO:

HD:

TRAQUEOSTOMIA  SIM  NÃO

INTERNADO  SIM  NÃO

MEDICAÇÕES EM USO:

**PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR:**

OXIMETRIA:  
EM AR AMBIENTE:

---

EM USO DE O <sub>2</sub> (l/min.):	O <sub>2</sub> :
------------------------------------	------------------

---

GASOMETRIA EM AR AMBIENTE: P O <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	PH:	SpO <sub>2</sub> :
--	--------------------	-----	--------------------

---

GASOMETRIA EM USO DE ____ l/min. O <sub>2</sub> : P O <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	PH:	SpO <sub>2</sub> :	DATA:
---	--------------------	-----	--------------------	-------

---

COR PULMONALE		SIM		NÃO
POLICITEMIA		SIM		NÃO

NÚMERO DE HORAS/DIA DE USO E FLUXO RECOMENDADOS:

---

PARA SUPORTE PRESSÓRICO COM PRESSÃO POSITIVA:

**CPAP®**  
POLISSONOGRAFIA:

---

COMORBIDADES ASSOCIADAS OU SINTOMAS:

---

NÚMERO DE HORAS E PRESSÃO RECOMENDADA:

---

**BIPAP®**  
ESPIROMETRIA:

---

COMORBIDADES ASSOCIADAS OU SINTOMAS:

---

GASOMETRIA ARTERIAL:

---

NÚMERO DE HORAS E PRESSÃO RECOMENDADA (INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA):

---

OUTRAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

---

MÉDICO:

---

INSTITUIÇÃO: | DATA:

---