

Formulário I - Ficha de Solicitação do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

1. Identificação Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Endereço: _____ Telefone: _____ Cuidador responsável: _____
2. Procedência <input type="checkbox"/> Policlínica Municipal <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> CMAE <input type="checkbox"/> "HOME CARE" <input type="checkbox"/> Hospital Qual? _____ <input type="checkbox"/> UBS Qual? _____ <input type="checkbox"/> UPA/PA Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
3. Plano de Saúde:
4. Informações Clínicas Diagnóstico Principal: _____ CID _____ Diagnóstico Secundário: _____ CID _____ <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Ex-tabagista <input type="checkbox"/> Fumante passivo <input type="checkbox"/> 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 O ₂ suplementar: _____ L/min _____ % <input type="checkbox"/> sem TQT <input type="checkbox"/> com TQT
6. Gasometria Arterial em ar ambiente, com paciente em repouso e sem uso de O₂ - (válida por até 30 dias) Data da coleta: ____/____/____ pH _____ PaO ₂ _____ mmHg PaCO ₂ _____ mmHg HCO ₃ _____ mEq/L BE _____ mEq/L SaO ₂ _____ %
7. Prescrição Médica Quantidade em L/min: _____ Total de horas por dia: _____ h Observações:
8. Realiza consultas de saúde externas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual frequência? _____ X <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> quinzena <input type="checkbox"/> mês <input type="checkbox"/>
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, este formulário deverá ser enviada via e-mail para: podsorocaba@sorocaba.sp.gov.br com a gasometria arterial em anexo.