

## Formulário I - Ficha de Solicitação do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

<b>1. Identificação</b> Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Endereço: _____ Telefone: _____ Cuidador responsável: _____
<b>2. Procedência</b> <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: _____
<b>3. Plano de Saúde:</b>
<b>4. Informações Clínicas</b> 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
<b>5. Saturação de Oxigênio</b> Em ar ambiente no repouso: _____ % Com O <sub>2</sub> suplementar: _____ L/min _____ % <input type="checkbox"/> sem TQT <input type="checkbox"/> com TQT
<b>6. Gasometria Arterial em ar ambiente, com paciente em repouso e sem uso de O<sub>2</sub> - (válida por até 30 dias)</b> Data da coleta: ____/____/____ pH _____ PaO <sub>2</sub> _____ mmHg    PaCO <sub>2</sub> _____ mmHg    HCO <sub>3</sub> _____ mEq/L    BE _____ mEq/L    SaO <sub>2</sub> _____ %
<b>7. Prescrição Médica</b> Quantidade em L/min: _____ Total de horas por dia: _____ h Observações:
<b>8. Realiza consultas de saúde externas?</b> <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"/>
<b>Assinatura e carimbo do médico prescritor:</b>
<b>Data de emissão do documento:</b> ____/____/____

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.