

**FOP 175.01 - SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR****INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO**

Nome (Completo e sem abreviação):

Beneficiário:

 Titular Dependente

Idade:

Endereço:

CEP:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone com./res.: ( )

Telefone celular: ( )

E-mail:

**QUADRO CLÍNICO**

Resumo do histórico clínico (descrever a necessidade detalhada do oxigênio e os resultados dos exames realizados):

Tipo de Paciente:

 Paciente Crônico Paciente Agudo

Plano Terapêutico:

 Oxigenioterapia Contínua Oxigenioterapia Intermitente Oxigenioterapia Noturna

Período do tratamento:

 30 dias 60 dias Outros: \_\_\_\_\_

Tipo de patologia:

 Pneumopatia Doenças Neurovasculares Doenças cardíacas Outros: \_\_\_\_\_

CID:

**EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS**

Sistemas de Oxigênio:

<input type="checkbox"/> Concentrador de oxigênio	<input type="checkbox"/> Sistema Líquido <input type="checkbox"/> Cilindro pequeno <input type="checkbox"/> Cilindro grande	<input type="checkbox"/> Pressurizado <input type="checkbox"/> Cilindro pequeno <input type="checkbox"/> Cilindro grande
---	---	--

Fluxo de oxigênio por hora:

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE**

Nome do(a) Médico(a):

Número do CRM:

Telefone: ( )

**CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Para o diagnóstico clínico é recomendado a realização de gasometria arterial, e se aceita como indicação da necessidade de ODP a demonstração de PaO<sub>2</sub> < 55mmHg, ou entre 56-59mmHg na presença de sinais sugestivos de cor pulmonale, insuficiência cardíaca congestiva ou eritrocitose (hematócrito > 55%). A avaliação é feita por meio de gasometria arterial, somente considerada quando:

- obtida em laboratório confiável;
- paciente estável clinicamente e com abordagem terapêutica otimizada;
- com prescrição médica detalhada da necessidade do O<sub>2</sub>; e
- com reavaliação dos pacientes após três meses para verificação da real necessidade.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10):

- E84.0 - Fibrose cística com manifestações pulmonares;
- I26 - Embolia pulmonar;
- I27.0 - Hipertensão pulmonar primária;
- I27.2 - Hipertensão pulmonar secundária;
- J43 - Enfisema pulmonar;
- J44 - Outras doenças obstrutivas crônicas;
- J47 - Bronquiectasia;
- J60 a J70 - Doenças pulmonares devido a agentes externos (pneumoconioses);
- J84 - Outras doenças intersticiais pulmonares;
- J84.1 - Outras doenças intersticiais pulmonares com fibrose;
- J84.8 - Outras doenças intersticiais pulmonares especificadas;
- J96.1 - Insuficiência respiratória crônica; e
- P27.1 - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal.

Critérios de Exclusão:

- Condições de moradia incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço como: impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação e falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado, e residência de difícil acesso; critérios que serão avaliados pela empresa fornecedora do equipamento;
  - Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica;
  - Persistência do tabagismo;
  - Dificuldades do paciente e de familiares para entender os riscos associados com o tratamento e em manter as medidas de segurança adequadas;
  - Enfermidades que não respondam à oxigenoterapia;
  - Melhora gasométrica significativa, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
  - Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio; e
  - Necessidade de oxigênio apenas para inaloterapia.
- Observação: Os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o paciente do serviço.

Monitorização:

Para a monitorização, que será realizada a cada 6 meses, são necessários os seguintes documentos:

- Oximetria de pulso (realizada com doença estável e em ar ambiente); e
- Relatório Médico para Admissão e Acompanhamento.

 A Oxigenoterapia Domiciliar trata-se de cobertura exclusiva do **CorreiosSaúde**.

**ASSINATURA**

 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
 Local e Data

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Beneficiário