



APÊNDICE A – FICHA MÉDICA DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Ficha de Solicitação Médica Oxigenoterapia Domiciliar	
Dados do Paciente:	
Nome: _____	Idade: _____
Município (SC): _____	
Patologia pulmonar: _____	CID10: _____
_____	CID10: _____
Patologias associadas: _____	CID10: _____
_____	CID10: _____
Paciente hospitalizado: () Não () Sim. Hospital: _____	
Data da última exacerbação (para paciente DPOC): ____ / ____ / ____	
Tabagismo atual: () Não () Sim	
Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:	
1 - Gasometria arterial (paciente estável, sem uso de oxigênio e em repouso). Data da realização: __/__/__	
pH = ____ pCO ₂ = ____ pO ₂ = ____ Sat.O ₂ = ____ % BIC = ____ BE = ____	
2 - Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico)	
Dados da Solicitação:	
· Fluxo de O ₂ : _____ l/min (≥ 3 litros por minuto necessita de titulação com gasometria arterial, no máximo 5l/min.)	
· Tempo de uso diário: () _____ h/dia (15-24 horas/dia)	
() durante exercício (necessita de comprovação específica)	
Dados do Médico Solicitante:	
Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Fone comercial: _____ celular: _____
Especialidade: () pneumologia () outra. Qual? _____	
Observações: _____	

Data: ____ / ____ / ____	
*O preenchimento não correto atrasa o tratamento do seu paciente.	
Carimbo e assinatura do médico	