

Anexo III

**Formulário de Prescrição de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)
e/ou Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD)**

1.Nome:	
2.Idade:	3.
Data de Nascimento:	
4.Sexo: F () M ()	
5.Município:	
6.Endereço:	
7. Patologias de Base com CID10: _____ _____ _____	
8. Patologias Associadas com CID10: _____ _____ _____	
Obesidade () Sim () Não Tabagista () Sim () Não Quanto tempo cessou? _____ Ex Tabagista () Sim () Não	
Cuidados Paliativos () Sim () Não	
9. Usuário Hospitalizado? () Sim * () Não Qual Hospital? _____ Previsão de alta - Data: _____ Condições Clínicas para alta hospitalar, descrever: _____ _____ _____	
10. Hospital ficará como referência para intercorrências? () Sim () Não	
11.Tempo de Utilização do Equipamento: () Permanente () Temporário* *Se temporário pode ser retirado em que condições clínicas, relatar? _____	

() Concentrador de Oxigênio até 5l	Fluxo: _____ l/m (dia)	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia
() Concentrador de Oxigênio até 10l	Fluxo: _____ l/m (sono)	() 18 a 12h/dia
() Concentrador de Oxigênio Portátil até 6l	Fluxo: _____ l/m (esforços)	() 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia
SpO2 com Fluxo de O2 prescrito: _____ % (_____ l/m)		

Prescrição de Equipamentos (VM)

() CPAP Via de Administração () Máscara Nasal () Máscara Facial Tamanho: () RN () P () M () G	Pressão: _____ cm H2O	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia () 18 a 12h/dia () 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia
() BIPAP Via de Administração () Máscara Nasal () Máscara Facial Tamanho: () RN () P () M () G	Pressões IPAP _____ cm H2O; EPAP _____ cm H2O	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia () 18 a 12h/dia () 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia
() Ventilador Mecânico– BILEVEL Via de Administração () Máscara Transtraqueal () Traqueostomia	IPAP _____ cmH2O, EPAP _____ cmH2O; Modo: _____	Tempo Médio de Uso () 24 a 18h/dia () 18 a 12h/dia () 12 a 6h/dia () ≥ 6 h/dia

☐ Ventilador Mecânico - 24h/dia Via de Administração ☐ Máscara Transtraqueal ☐ Traqueostomia Tamanho: ☐ RN ☐ P ☐ M ☐ G	Modo Ventilatório _____
	FiO2 (%) _____ VC _____ ml
	PEEP _____ cm H2O
	Pressão _____ cm H2O
	FR _____ irpm
	Tempo insp. _____ s.
	Tempo exp. _____ s.
	P.S. _____
	Sensibilidade: _____
	AVAPS: _____
☐ Cough Assit Pressões IPAP _____ cm H2O; Tempo insp. _____ s. EPAP _____ cm H2O Tempo exp. _____ s. Fluxo Insp: Baixo ☐ / Médio ☐ / Alto ☐ Via de Administração ☐ Máscara Facial Tamanho: ☐ RN ☐ P ☐ M ☐ G Oxímetro de pulso: ☐ Sim ☐ Não	

Data do retorno para reavaliação: ____ / ____ / ____

Médico responsável pela prescrição

Nome: _____

CRM: _____

Email: _____ Telefone

de contato: ☐ _____

Especialidade: _____

Observações: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura (carimbo)

Assinatura do Cuidador / Responsável