



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO/ RENOVAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

Este formulário destina-se ao fornecimento de informações sobre a solicitação de oxigenoterapia domiciliar prolongada à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Todas as informações dos campos reservados ao prescritor devem ser preenchidas, para análise da solicitação por SMS SP. O formulário e os exames realizados (gasometria arterial) serão apresentados pelo solicitante na Unidade Básica de Saúde de referência.

### **CAMPOS RESERVADOS AO PRESCRITOR**

Nome do usuário \_\_\_\_\_

Sexo  Feminino  Masculino      Solicitação de ODP  Inicial  Renovação

#### **Informações Gerais**

Data da solicitação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e carimbo do médico prescritor \_\_\_\_\_

Registro no CREMESP \_\_\_\_\_ Telefone de contato \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

O usuário ou familiar/responsável é capaz de compreender as orientações para o uso adequado e seguro do oxigênio domiciliar?

- Sim, com facilidade  
 Sim, com algum grau de dificuldade  
 Não

O usuário tabagista foi devidamente esclarecido sobre a necessidade de cessação do tabagismo, e encaminhado para suporte terapêutico para alcançar este objetivo?

- Sim  
 Não

Índice de Desempenho de Karnofsky

- 100 - nenhuma queixa, nenhuma evidência de doença  
 90 - Capacitado para atividades normais, pequenos sinais e sintomas  
 80 - Atividade normal com esforço, alguns sinais e sintomas de doença  
 70 - Cuidados para si, incapaz para seguir com atividades normais ou trabalho ativo  
 60 - Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas de suas necessidades pessoais  
 50 - Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada  
 40 - Incapacitado, requer cuidado especial e assistência  
 30 - Severamente incapacitado, admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente

- 20 - Muito doente, admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos
- 10 - Moribundo, processo de fatalidade progredindo rapidamente
- 0 - Morte

### INFORMAÇÕES DA PRESCRIÇÃO DE ODP

Diagnóstico principal CID 10 \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundário CID 10 \_\_\_\_\_

PaO<sub>2</sub> em ar ambiente \_\_\_\_\_ mmHg

SaO<sub>2</sub> em ar ambiente \_\_\_\_\_ %

PaCO<sub>2</sub> em ar ambiente \_\_\_\_\_ mmHg

Trata-se de indicação de ODP por dessaturação exclusiva durante as atividades da vida diária/exercícios?  Sim  Não

Se sim, apontar exame realizado e resultado - oximetria de pulso (SaO<sub>2</sub> em %) ou gasometria arterial (PO<sub>2</sub> em mmHg)

\_\_\_\_\_

Trata-se de caso de indicação de ODP por dessaturação exclusiva durante o sono?  Sim  Não

Se sim, apontar exame realizado e resultado - gasometria arterial (PaO<sub>2</sub> em mmHg) ou oximetria de pulso (SaO<sub>2</sub> em %)

\_\_\_\_\_

Prescrição - fluxo O<sub>2</sub> (litros/minuto) no repouso \_\_\_\_\_ L/min

Prescrição - tempo de uso (horas/dia) no repouso  8h  10h  12h  14h  15h  24h

Prescrição - fluxo O<sub>2</sub> (litros/minuto) durante atividade física \_\_\_\_\_ L/min

Prescrição - fluxo O<sub>2</sub> (litros/minuto) durante o sono \_\_\_\_\_ L/min

### CAMPOS RESERVADOS À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Coordenadoria Regional de Saúde \_\_\_\_\_

Supervisão Técnica de Saúde \_\_\_\_\_

UBS \_\_\_\_\_ Telefone UBS \_\_\_\_\_

E-mail da UBS \_\_\_\_\_

### DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Raça/cor \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Endereço (completo) \_\_\_\_\_

**DADOS DO FAMILIAR/RESPONSÁVEL** Nome \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Endereço (completo) \_\_\_\_\_

### Campo para identificação do profissional da UBS

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_