**#10**

**FOP 175.04 - SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO** |
| **Nome** (Completo e sem abreviação)**:**  |
| **Beneficiário:**  |  | **Data de nascimento:**  |
| **Endereço:**  | **CEP:** |
| **Bairro:**  | **Cidade:**  | **UF:** |
| **Telefone com./res.: ( )** | **Telefone celular: ( )** |
| **E-mail:** |
| Observação: Este documento terá validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão |
| **QUADRO CLÍNICO** |
| **Resumo do histórico clínico** (descrever a necessidade detalhada do oxigênio e os resultados dos exames realizados)**:** |
| **Tipo de Paciente:** |
| **Tipo de patologia:** |
| **CID:** |
| **SUPORTE VENTILATÓRIO** |
| **Sistemas de Oxigênio:** |
| **[ ]  Sem suporte de O² [ ]  Com suporte de O² [ ]  TQT – Traqueostomia [ ]  CN – Cateter Nasal** |
| **Plano Terapêutico** **[ ]  Oxigenoterapia Contínua** **[ ]  Oxigenoterapia Intermitente** **[ ]  Oxigenoterapia Noturna** | **Período do tratamento** **[ ]  30 dias** **[ ]  60 dias** **[ ]  Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Equipamentos necessários****[ ]  Concentrador de oxigênio** |
|  **Sistema líquido** **[ ]  Cilindro pequeno****[ ]  Cilindro grande** | **Pressurizado****[ ] Cilindro pequeno****[ ] Cilindro grande** | **Fluxo de Oxigênio por hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMAÇÕES DO MÉDICO** **ASSISTENTE** |
| **Nome do(a) Médico(a):** |
| **Número do CRM:** | **Telefone: ( )** |
| **ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  Local e Data  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e Carimbo do Médico Assistente | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário |

****