**#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 | | | | | |

****