**#10**

**SOLICITAÇÃO INICIAL E PRORROGAÇÃO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (F.175.05)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** (Completo e sem abreviação)**:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Beneficiário:** | TitularDependente | | | | | | | | **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:** | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Paciente Crônico | | Paciente Agudo | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de patologia:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pneumopatia | | Doenças Neurovasculares | | | | | | Doenças Cardíacas | | | | | | Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | |
| **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 | | | | | | |

****