**#10**

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

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO** |
| **Nome** (Completo e sem abreviação)**:**       |
| **Beneficiário:**  | **[ ]** Titular **[ ]** Dependente | **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 |

****