



INSTRUÇÃO NORMATIVA PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

1.0 - INTRODUÇÃO

As doenças pulmonares possuem alta prevalência mundial, e no Brasil correspondem à quinta causa de morte. Somente a partir da década de 70 é que surgiram evidências de que a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) aumentava a expectativa de sobrevida e melhorava a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas. A ODP também promove a diminuição das complicações decorrentes das exacerbações agudas de base e do número de internações hospitalares, e consequentemente redução do custo econômico para todo sistema de saúde.

2.0- OBJETIVO DA INSTRUÇÃO NORMATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Paraíso presta atendimento domiciliar a pacientes portadores de patologias que evoluem com hipoxemia e hipercapnia, tais como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença pulmonar intersticial, doenças congênitas, doenças da circulação pulmonar e cardiopatias graves.

Esta Instrução Normativa visa garantir o acesso através do Sistema Único de Saúde (SUS), a todos os pacientes que necessitem do programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), respeitando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência, (Princípios fundamentais do SUS), assim como fazer prevalecer as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência, conforme o DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, Seção II Art. 8º, o qual define que *o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se **inicia** pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.*

O objetivo principal desta Instrução Normativa é definir e implantar o programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) de forma a otimizar o fluxo de atendimento e evitar o uso inadequado de um serviço de alto custo. Desta forma estabelece critérios clínicos para indicação e suspensão da terapêutica para acesso ao programa ODP tanto para adultos e crianças. Racionalizar os processos administrativos para aumentar a eficiência do sistema e ampliar a população beneficiada. Reduzir internações hospitalares e promover melhora na qualidade de vida. Definir atribuições técnico-administrativas. Desenvolver parceria com as equipes das USF's (Unidades de Saúde da Família) e Equipe Multiprofissional da Atenção Primária.

3.0- Diagnóstico Clínico:

As evidências científicas de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, mostram os benefícios terapêuticos inquestionáveis da ODP em pacientes com hipoxemia crônica decorrente da DPOC. O diagnóstico clínico é realizado, segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, através da gasometria arterial. É aceito como indicação da necessidade de ODP a demonstração de $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg, ou entre 56-59mmHg na presença de sinais sugestivos de cor pulmonale, insuficiência cardíaca congestiva ou eritrocitose (hematócrito > 55%). A gasometria arterial deverá ser com paciente estável clinicamente, com abordagem terapêutica otimizada, em ar ambiente ou após estar no mínimo 15 minutos sem oxigenoterapia. Apresentar prescrição médica detalhada da necessidade de uso de oxigênio. O paciente será reavaliado entre 1 a 4 meses para verificação da real necessidade de continuar em ODP.

A gasometria arterial poderá não ser obrigatória nas seguintes situações:

1- Crianças e adolescentes <16 anos - nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 92\%$ já é suficiente para indicação e manutenção do O_2 .

2-Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldades de locomoção- nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 90\%$, já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.

3-Casos de exceção ou de pacientes sem pneumopatias, mas com indicação de usar oxigênio (exemplo: tratamento paliativo, síndrome da apnéia do sono, doenças neuromusculares, fase terminal de doenças cardiovasculares, neoplásicas, da síndrome da imunodeficiência adquirida, dessaturação por esforço). Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 90\%$, e / ou teste de caminhada, já são suficientes para indicação de ODP.

4.0- Critérios de Inclusão:

4.1-Oxigenoterapia contínua:

1- $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg ou $\text{SaO}_2 \leq 88\%$, ou

2- PaO_2 entre 56-59mmHg ou $\text{SaO}_2=89$, associado:

- a- Edema por insuficiência cardíaca ou,
- b- Evidência de cor pulmonale ou;
- c- Hematócrito >56%.

4.2- Oxigenoterapia intermitente:

Oxigenoterapia durante exercício:

- 1- $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ ou $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg durante atividade física ou;
- 2- Demonstração do aumento da tolerância ao exercício com O_2 durante programa de reabilitação pulmonar.

Oxigenoterapia noturna:

1- $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ ou $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg durante o sono com evidência de cor pulmonale, eritrocitose, ou outro distúrbio físico ou mental atribuído a hipoxemia ou;

2- Quando a hipoxemia relacionada ao sono é corrigida ou melhorada pela suplementação de O_2 .

5.0- Critérios de Exclusão do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar:

Cabe salientar que os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o paciente do serviço.

São eles:

- Melhora gasométrica significativa de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
- Cardiopatias sem insuficiência respiratória crônica;
- Asma brônquica sem insuficiência respiratória crônica;
- Neoplasias (que não respondam à oxigenoterapia);
- Embolia pulmonar (que não respondam à oxigenoterapia);
- Enfermidades que não respondam à oxigenoterapia;
- Para inaloterapia;
- Condições de moradia incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço como: impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação e falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado, e residência de difícil acesso; critérios que serão avaliados pela empresa fornecedora do equipamento;
- O não uso ou o uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;
- Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica;
- Paciente ou familiar que permaneçam fumando causando situação de risco identificada pela equipe técnica responsável pelo acompanhamento do serviço;
- Paciente tabagista que ainda não participou ou não participe do Programa de anti-tabagismo fornecido pela Secretaria de Saúde de São Sebastião do Paraíso;
- * Observação: Todos os pacientes em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada terão preferência de inclusão nos Grupos de Tabagismo oferecido pelo município.
- Internação por mais de 30 dias;
- Não atendimento às visitas dos Agentes comunitários de saúde (ACS) e do (a) fisioterapeuta;
- Não comparecimento à consulta agendada na USF ou o não atendimento ao médico da USF, caso o paciente seja acamado;
- Não comparecimento à consulta com o Pneumologista quando solicitado;
- Mudança para outro município.

6.0 - FLUXOS PARA PRESCRIÇÃO:

Para todos os casos de Oxigenoterapia domiciliar prolongada os pacientes deverão obrigatoriamente:

- Residir no município de São Sebastião do Paraíso;

- Estar cadastrado na Unidade de Saúde de Família (USF) de seu bairro e receber as visitas dos Agentes comunitários de saúde (ACS) e da (o) fisioterapeuta;
- Apresentar cópia do comprovante de residência atual;
- Apresentar cópias legíveis e sem rasuras dos documentos de identidade, CPF e CNS (frente e verso); e também identidade e CPF do responsável legal (quando houver);
- Apresentar prescrição médica com descrição da história clínica do paciente, conforme os critérios de indicações e contraindicações contidos nessa instrução normativa, sendo imprescindível a realização da gasometria arterial nos casos indicados no item diagnóstico clínico;
- Apresentar patologia que evolua com hipoxemia e que preencha os critérios para ODP;
- **Pacientes que estão no domicílio**, exame de gasometria arterial (dos últimos 15 dias) legível contendo: identificação do paciente, data, identificação e assinatura do responsável pela realização do exame;
- **Pacientes que estão internados**, exame de gasometria arterial (últimas 48 horas) legível contendo: identificação do paciente, data, identificação e assinatura do responsável pela realização do exame;
- Para pacientes pediátricos: Relatório médico detalhado com a descrição de medição de saturação por oximetria de pulso < 90%, com o paciente estável e durante a tentativa de retirada de oxigênio, ou durante monitorização da saturação por 6-12 horas, nos variados níveis de atividade, incluindo sono e alimentação (saturação baixa - <90% - em 95% do período de monitorização)
- A liberação será feita após análise do profissional qualificado da Secretaria de Saúde (médico regulador ou médico coordenador) após verificação correta dos documentos exigidos nesta instrução normativa;
- Todo paciente em alta hospitalar com indicação de oxigenioterapia domiciliar prolongada (ODP) deverá ser reavaliado em até 30 dias, por médico da USF ou médico assistente, quanto a indicação de manutenção de ODP.
- **Observação:** Nos pacientes que preencham os requisitos necessários para oxigenioterapia contínua, após uma internação por exacerbação, uma nova avaliação da indicação deverá ser realizada após 30 a 90 dias, visto que eles podem apresentar hipoxemia significativa prolongada, mas transitória.
- Todos os pacientes com critério de ODP serão acompanhados, reavaliados entre 2 a 4 meses, pelo médico da USF ou médico assistente e pelo fisioterapeuta da Equipe Multiprofissional da Atenção Primária para manutenção do fornecimento do oxigênio.

7.0- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). 2014.

2 Petty TL, Bliss PL: Ambulatory oxygen therapy, exercise and survival with advanced chronic obstructive pulmonary disease. (The Nocturnal Oxygen Therapy Trial Revisited.) Resp Care 2000;45:204-213.

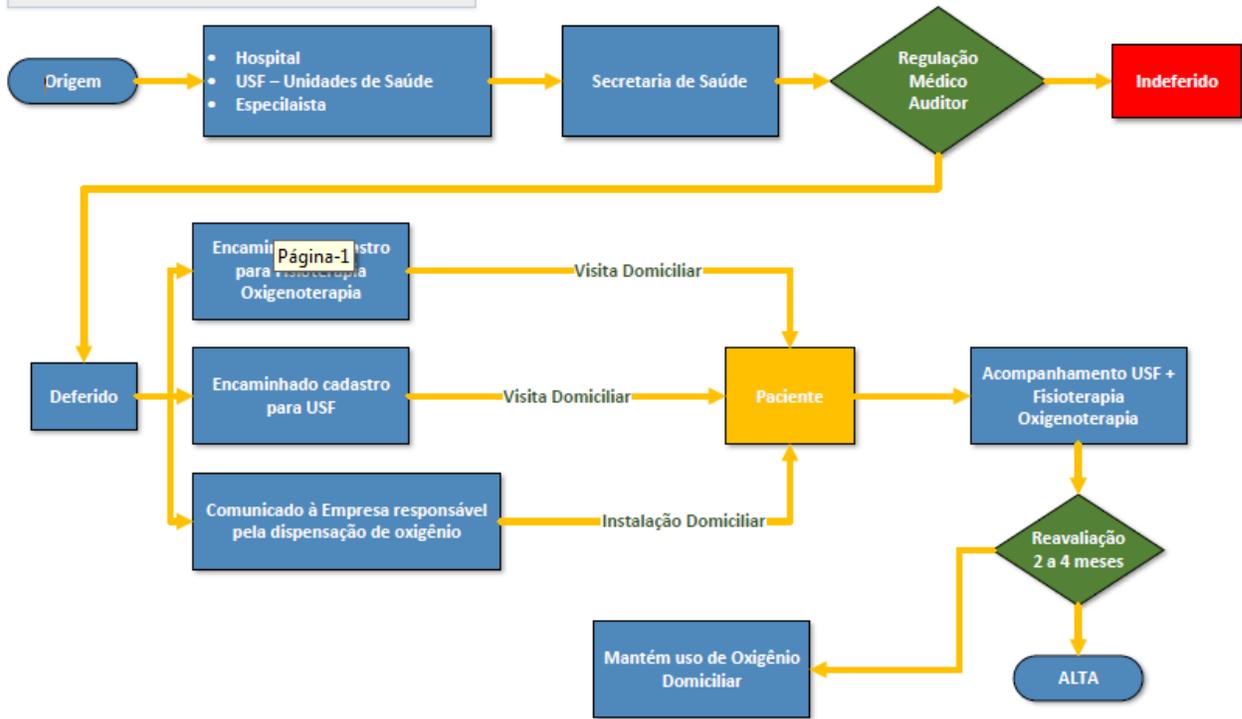
- 3Hardinge M, et al. *Thorax* 2015 70: i1-i43.doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-206865
- 4Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: Revised 2017. Global initiative for Chronic obstructive lung disease (GOLD). <http://www.goldcopd.org> (acessado em 17/01/2017)
- 5Lima, AMJ, Franco CMR, Castro CMMB et al. Contribuição da apnéia obstrutiva do sono para o estresse oxidativo da obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008, vol.52, n.4, pp. 668-676
- 6Punjabi NM, Caffo BS, Goodwin JL, Gottlieb DJ, Newman AB, O'Connor GT, Rapoport DM, Redline S, Resnick HE, Robbins JA, Shahar E, Unruh ML, Samet JM. Sleep-disordered breathing and mortality: a prospective cohort study. *PLoS Med.* 2009;6(8):e1000132.
- 7Rauscher H, Formanek D, Zwick H. Nasal continuous positive airway pressure for nonapneic snoring? *Chest.* 1995;107(1):58-61.
- 8Roisin-Rodrigues R. Miravittles M. Conferencia de consenso sobre enfermedad pulmonary obstructive cronica. *Arch Bronconeumol* 2003,39, 5-6.
- 9Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – *Can Respir J* 2003, 10 Suppl A 2003.
- 10Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999, 54(7) 581-6
- 11Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, Alessi CA, Bailey D, Coleman J Jr, et al. Practice parameters for the
- 12indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep.* 2005;28(4):499-521.
- 13American Academy of Sleep Medicine. *The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic & Coding Manual.* Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
- 14Collop NA, Anderson WM, Boehlecke B, Claman D, Goldberg R, Gottlieb DJ, et al. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients. Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med.* 2007;3(7):737-47.
- 15Bittencourt LR, editor. *Diagnóstico e tratamento da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono - Guia Prático.* São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2008.
- 16Abad VC, Guilleminault C. Pharmacological management of sleep apnoea. *Expert Opin Pharmacother.* 2006;7(1):11-23.
- 17Smith I, Lasserson TJ, Wright J. Drug therapy for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD003002
- 18Kushida CA, Littner MR, Hirshkowitz M, Morgenthaler TI, Alessi CA, Bailey D, et al. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *Sleep.* 2006;29(3):375-80.
- 19Pepperell JC, Ramdassingh-Dow S, Crosthwaite Barnes M, Houston D, Worsnop CJ, Neill AM, Mykytyn IJ, Kay A, et al. A randomized controlled trial of continuous positive airway pressure in mild obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165(6):773-80

- 20Barnes M, McEvoy RD, Banks S, Tarquinio N, Murray CG, Vowles N, et al. Efficacy of positive airway pressure and oral appliance in mild to moderate obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170(6):656-64.
- 21Hoffstein V. Review of oral appliances for treatment of sleep-disordered breathing. *Sleep Breath*. 2007;11(1):1-22.
- 22American Academy of Sleep Medicine. *The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
- 23Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*. 2009;5(3):263-76.
- 25Ahmar IQBAL et al. Worldwide guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. A comparison of diagnosis and treatment recommendations. *Respirology* 2002;7:233-239.
- 26Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Clinical Guideline 2004. Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions. National Institute for Clinical Excellence MidCity Place 71 High Holborn London WC1V 6NA. www.nice.org.uk (acessado em 17/01/2017)
- 27Sin DD, McAlister FA, Man SF, Anthonisen NR. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *JAMA* 2003;290:2301-12.
- 28Fabbri LM, Hurd SS. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD (GOLD): 2003 update. *Eur Respir J* 2003;22:1–26.
- 29Anderson JE et al. Treating tobacco use and dependence. An evidencebased clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002;121:932-941.
- 30Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 38p.
- 31Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. <http://www.jornaldepneumologia.com.br> (acessado em 17/01/2017)
- 32ZEFERINO, M. T.; SILVA, A. S. Diretrizes para oxigenoterapia domiciliar. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis: Segmento Farma, 2004.
- 33MOCELIN, H.T.; FISCHER,G.B.;RANZI, L.C.; ROSA R.D.; PHILOMENA, M.R. Oxigenoterapia domiciliar em crianças: relato de sete anos de experiência. *J. Pneumologia*. vol.26 n.6 São Paulo Nov./Dec. 2000.
- 34Pessoa C, Pessoa R. Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas* 2009;1:7-12.
- 35Rous MRG. Long-term oxygen therapy: Are we prescribing appropriately? *Int J COPD* 2008;3(2):231-7.
- 36O Reilly P; Bailey W. Long-term continuous oxygen treatment in chronic obstructive pulmonary disease; proper use, benefits and unresolved issues. *Cur Opin Pulm Med* 2007; 13; 120-4.

Apêndice A:

Fluxograma:

- Prescrição Médica com (tempo de uso e ___ L/min)
- Gasometria
- Documentos Pessoais
- Comprovante de Residência



Apêndice B:

Cadastro na Secretaria de Saúde:

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO

Instalação	Retirada	Troca	Manutenção

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: _____

Idade: _____ Data Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP.: 37950000 Cidade: São Seb. Do Paraíso

Telefone: (35) _____ Cel: _____

Ponto de referência: _____

Local de entrega: _____

Em caso de emergência/contato; (35) _____

Dados da Solicitação Equipamento:

ITEM	QT	ITEM	QT	ITEM	QT
Concentrador 5L 110V		Stelar		Nobreak	
Concentrador 5L 220V		Umid Stelar		Inalador Portátil	
Concentrador 10L 110V		Trilogy		Inalador Compressor	
Concentrador 10L 220V		Umid Trilogy		Oxímetro	
CPAP Auto		Bipap Yuwell c/ umid			
Cpap Básico		Cough Assist			
Astral		Aspirador Cirúrgico			
Umid Astral		Aspirador Domiciliar			

Dados da Solicitação Descartáveis:

ITEM	QT	ITEM	QT	ITEM	QT
Cânula Nasal adulto		Kit Nebulização Ad		Cateter Mount	
Cânula Nasal Infantil		Kit Nebulização Inf		Válvula Exalatória	
Extensão de Cânula		Circuito invasivo		Válvula Wisper	
Umidificador O2		Sensor Oxímetro Ad		Tomada Dupla O2	
Mascara Traqueo Adulto		Sensor Oxímetro Inf		Conector T	
Mascara Traqueo Infantil		Macronebulizador		Conector O2	
Máscara Nasal (cpap/bipap)		MODELO:		Mascara O2 ad	
Máscara Facial (cpap/bipap)		MODELO:		Mascara O2 inf	

Dados da Solicitação Cilindros: SEMPRE COM BASE DE APOIO

5ITEM	QT	ITEM	QT	ITEM	QT
Kit Whitemed		Cilindro G – 1m3		Cilindro Q – 3,5m3	
Cilindro K – 7m3		Cilindro T – 10m3		Regulador click	
Regulador com fluxômetro					

Dados da Prescrição Médica:

Horas/dia: _____ Voltagem do local da instalação: _____

110V () 220V ()

PARÂMETRO PARA EQUIPAMENTO NOVAS INSTALAÇÕES: _____

OBS.: _____

Data:	Horário da solicitação: 09:5215:	
-------	----------------------------------	--

PS: O PRAZO PARA INSTALAÇÃO SERÁ CONFORME PREVISTO EM CONTRATO

APÊNDICE C				
Ficha de Cadastro				
Nome:				
CPF:	CNS:			
Identidade:	Órgão Exp:	UF:		
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo:	Est. Civil:		
Endereço:				
Número:	Bairro:			
Ponto de referência:	Telefone: ()			
Unidade de Saúde:				
Fumante () Quanto tempo:				
Média de cigarros por dia:				
Não Fumante () Nunca fumou ()				
Fumou por quanto tempo:				
Parou há quanto tempo:				
Identificação do Responsável				
Nome:				
CPF:	CNS:			
Identidade:	Órgão Exp:	UF:		
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo:	Est. Civil:		
Grau de parentesco com o paciente:				
Telefone: ()				
Composição Familiar (paciente e os que residem com ele)				
Nome:	Idade	Parentesco	Alfabetizado (S/N)	Fumante (S/N)
Renda per capita:				
Nome do médico que acompanha o tratamento:				
			CRM MG:	
Nome do fisioterapeuta que acompanha o tratamento:				
			CREFITO:	
Condições da Residência do Paciente				
Rede de Água: () Pública () Poço () Outra – Especificar:				
Rede Elétrica: () Sim () Não				
() Pública () Cooperativa () Vizinho () Outra – Especificar:				
É adequada para a boa manutenção dos aparelhos? Sim () Não ()				
Parecer da situação:				

APENDICE D – VISITA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS

1) Paciente usa regularmente oxigênio? Sim () Não ()		2) Se sim quantas vezes por semana?
3) Quantos litros por minuto?		
4) Possui oxímetro? Sim () Não ()	Normalmente saturação maior que 90 % ()	
Se Sim utiliza o oxímetro com que frequência?	Normalmente menor que 90% ()	
5) Paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico? Sim() Não() Aumentou ou diminuiu o consumo de oxigênio? Não () Sim () Quanto? _____		
6) Está recebendo a visita da Fisioterapia?	Sim () Não ()	
8) Qual foi a data da última visita da fisioterapeuta?	Data ___/___/___	
9) Paciente é fumante? Não () Sim () Está participando do Programa de Anti-tabagismo? Sim () Não ()		
10) Alguém que reside na mesma casa é fumante?	Sim () Não ()	

São Sebastião do Paraíso, ___/___/_____

Assinatura do ACS_____
Assinatura do Paciente ou Familiar

APENDICE E- VISITA DOMICILIAR – FISIOTERAPIA (USF)

Paciente:		Data: ____/____/____ USF:				
Equipamento oxigenoterapia em uso:	<input type="checkbox"/> Cilindro	<input type="checkbox"/> Concentrador + cilindro reserva				
Quantidade de O2 prescrita pelo médico:	_____ L/ O2 min	<input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Intermitente				
Quantidade de O2 em uso:	_____ L/ O2 min	<input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Intermitente				
Traqueostomizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Acessório: <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> Máscara facial <input type="checkbox"/> Máscara de traqueostomia					
Equipamento ventilação domiciliar:	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> BIPAP	<input type="checkbox"/> Ventilador Mecânico			
Paciente usa o equipamento de oxigenoterapia, conforme prescrição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Paciente usa o equipamento de Ventilação mecânica, conforme prescrição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Condições de conservação e higiene dos equipamentos?						
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim Ventilação: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim						
Problemas detectados:						
Sinais Vitais: SaO2:		FC:	PA:	Ausculta Pulmonar:		
Gasometria:	PH:	PCO2:	PO2:	HCO3:	BE:	Sao2:
Data:						
Doença de base: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outras:						
Condições clínicas: <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Instável			<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com dificuldade ou apoio			
Melhorou a dispnéia após uso de O2: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Sintomas ou queixas: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Congestão Nasal <input type="checkbox"/> Sangramento nasal <input type="checkbox"/> Outros:			
Data da última consulta médica?		Paciente foi internado nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Quantos dias? Motivo:				
Medicações para doença pulmonar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Paciente utiliza corretamente as medicações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Salbutamol Spray <input type="checkbox"/> Brometo de Ipratoprio Spray – Atrovent <input type="checkbox"/> Beclometasona – Miflazona <input type="checkbox"/> Formoterol+ Budesonida+ Alenia, Forasec, Symbicort <input type="checkbox"/> Formoterol + Beclometasona – Fostair <input type="checkbox"/> Salmeterol + Fluticasona – Seretide <input type="checkbox"/> Brometo de Tiotrópio – Spiriva Respmat <input type="checkbox"/> Cloridato de Olodaterol -Striverdi Respmat <input type="checkbox"/> Vilanterol + Fluticasona – Relvar <input type="checkbox"/> Brometo de glicopirrônio – Seebri <input type="checkbox"/> Outros:						
Paciente é tabagista? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim : Foi encaminhado para o programa Anti-tabagismo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Recusou						
Demandas dos pacientes ou familiares:						
Solicitações de materiais /ou manutenção:						
Orientações:						
						Assinatura e Carimbo Profissional

