



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar no DF

Área: Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar/DSINT/CATES/SAIS/SES-DF
Portaria SES-DF Nº

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

SciELO (www.scielo.org); Lilacs (www.lilacs.bvsalud.org); Medline (www.bases.bireme.br); Cochrane (www.brazil.cochrane.org); LIS – Localizador de informação em saúde (www.lis.bvs.br); BVS – Portal de revistas científicas da BVS (www.brasil.bvs.br); Livros técnicos da área;

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Long-term home oxygen, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram avaliados 16 documentos entre relatórios epidemiológicos, artigos relevantes, Portarias e Protocolos de Oxigenoterapia Domiciliar de outros estados da federação, publicados no período compreendido 2000 a 2018.

2- Introdução

As doenças pulmonares têm alta prevalência no mundo, e no Brasil correspondem à quinta causa de morte. No Distrito Federal, em 2015, o coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório correspondeu a 39,3/100.000 habitantes, consistindo na quarta maior causa de mortalidade ¹.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a causa mais frequente para o uso da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) em adultos. Em crianças, especialmente recém-nascidos muito prematuros, a displasia broncopulmonar constitui importante causa de internação hospitalar prolongada, pela dependência crônica de oxigênio. São elencadas ainda várias outras patologias em que há previsão de participação em ODP ³.

A oxigenoterapia é uma modalidade de tratamento na qual há oferta do gás oxigênio em caráter suplementar à respiração normal, que pode ser implementada tão logo preenchidos os critérios para o fornecimento do mesmo, tanto em ambiente hospitalar quanto em ambiente domiciliar ². Desta forma, a oxigenoterapia na atenção domiciliar é necessária sempre que for identificada a necessidade de suplementação de oxigênio para manter a estabilidade clínica em domicílio, preservando a independência e a funcionalidade do paciente.

A oxigenoterapia já é utilizada há aproximadamente 50 anos. Contudo, somente a partir da década de 70 surgiram evidências da utilização da ODP no aumento da sobrevida e da melhoria da qualidade de vida de pessoas com doenças pulmonares crônicas e outras patologias associadas.

Outros benefícios da ODP são a diminuição das exacerbações agudas da doença de base e do número de internações hospitalares, além da redução do custo para todo o sistema de saúde.

3- Justificativa

No Distrito Federal, até 2006, todos os pacientes que tinham indicação de oxigenoterapia domiciliar só conseguiam ter acesso a este tratamento por meio de demanda judicial. Em agosto do mesmo ano, a Secretaria de Estado da saúde do Distrito Federal instituiu o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD), com base no Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, com o objetivo de facilitar o acesso e organizar o acompanhamento dos primeiros 200 pacientes.

Essa demanda rapidamente aumentou e atualmente atende-se mais de 1.200 pacientes de oxigenoterapia domiciliar, que são admitidos e monitorados pelos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD).

Considerando o aumento da demanda e a diversidade de perfis clínicos que requereram a inclusão de novos equipamentos (concentrador portátil e de alto fluxo) ao POD, foi identificada a necessidade de revisão do fluxo de acompanhamento e monitoramento destes pacientes.

O sistema portátil de oxigenoterapia preza pelo tamanho, peso e fluxo ofertado de forma a permitir aos pacientes cronicamente debilitados e usuários desta terapia, permanecerem fisicamente ativos tanto quanto possível. O concentrador fornece oxigenoterapia para pacientes que necessitam de 0,5l/min até 2l/min.

O fornecimento do concentrador portátil está previsto para pacientes inclusos no POD, que apresentem necessidade de deslocamentos frequentes, sendo que os pedidos serão classificados por ordem cronológica e conforme disponibilidade dos equipamentos.

O sistema de oferta de baixo fluxo pressupõe em concentrador com capacidade de 0,5l/min até 5l/min, cilindro para backup e materiais descartáveis que permitam ao paciente inalar uma quantidade de ar proveniente do ar ambiente, que se somará ao oxigênio ofertado pela fonte. Assim, se a demanda ventilatória do paciente mudar, quantidades diferentes de ar serão misturadas com o fluxo constante vindo da fonte suplementar, causando assim variação na concentração final de oxigênio oferecida ⁴.

Por sua vez, o sistema de oferta de alto fluxo pressupõe em concentrador com capacidade de 0,5l/min até 10l/min, cilindro para backup e materiais descartáveis que forneça oxigênio em uma concentração pré-determinada, normalmente não afetada por mudanças na demanda ventilatória do paciente.

Assim, este protocolo tem o objetivo de padronizar a organização do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar - POD para garantir eficiência ao acesso e monitoramento dos pacientes aos equipamentos disponíveis no POD, com a finalidade de diminuir o número de intercorrências e internações desnecessárias. |

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

E84.0 - Fibrose cística com manifestações pulmonares.

G47.3 - Apneia do sono.

I26 - Embolia pulmonar.

I27.0 - Hipertensão pulmonar primária.

I27.2 - Hipertensão pulmonar secundária.

J43 - Enfisema pulmonar.

J44 - Outras doenças obstrutivas crônicas.

J47 - Bronquiectasia.

J60 a J70 – Doenças pulmonares devido a agentes externos (pneumoconioses).

J84 - Outras doenças intersticiais pulmonares.

J84.1 - Outras doenças intersticiais pulmonares com fibrose.

J84.8 - Outras doenças intersticiais pulmonares especificadas.

J96.1 - Insuficiência respiratória crônica.

P27.1 - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal. |

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia ⁵, as evidências científicas mostram benefícios terapêuticos inquestionáveis da ODP em pacientes com hipoxemia crônica decorrente da DPOC.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia ⁵, para o diagnóstico clínico é recomendada a realização de gasometria arterial, e é aceita como indicação da necessidade de ODP a demonstração de $PaO_2 < 55\text{mmHg}$, ou entre $56\text{-}59\text{mmHg}$ na presença de sinais sugestivos de cor pulmonale, insuficiência cardíaca congestiva ou eritrocitose (hematócrito $>56\%$).

A gasometria arterial para admissão ao POD somente será considerada quando:

- Realizada em até 30 dias;
- Realizada em ar ambiente;
- Paciente estiver estável clinicamente e com abordagem terapêutica otimizada;
- Quando apresentada prescrição médica detalhada (Anexo I) da necessidade de oxigenoterapia.

Observação: se a indicação de oxigenoterapia for realizada durante exacerbação que levou a internação, nova gasometria será proposta com 3 meses pós-alta hospitalar.

A gasometria arterial não será obrigatória nas seguintes situações:

- Crianças e adolescentes <16 anos – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 93\%$ (para os casos mais graves, como crianças com doença pulmonar neonatal crônica) ⁷ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP; nesta população, a oximetria de pulso deve ser usada sendo preferida em detrimento a gasometria arterial ^{7,8}.
- Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldades de locomoção – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP, exceto nos casos de hipoxemia devido à hipoventilação.
- Pacientes que apresentarem exame recente de polissonografia ou oximetria noturna, em uso de oxigênio, que evidenciem dessaturação durante o sono, exceto nos casos de hipoxemia devido à hipoventilação.
- Pacientes que apresentarem Teste de Caminhada de 6 minutos que evidenciem diminuição na saturação $SpO_2 \leq 90\%$ em ar ambiente, excluindo os hipoxêmicos de base, e/ou melhora da tolerância ao exercício com o uso de O_2 .
- Pacientes sem pneumopatia e com doença sem possibilidade de cura (cuidados paliativos) em fase avançada (doenças cardiovasculares, neoplásicas, da síndrome de imunodeficiência adquirida e outras) – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação de ODP.

6- Critérios de Inclusão

6.1 Critérios clínicos:

6.1.1 Oxigenoterapia de forma contínua:

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia ⁵ e portaria do MS para DPOC ⁹ constituem indicações para ODP:

- a) $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ ou $SaO_2 \leq 88\%$ ou;
- b) PaO_2 entre 56-59mmHg ou $SaO_2 = 89\%$, associado a edema por insuficiência cardíaca ou evidência de cor pulmonale ou hematócrito > 56%.

Requerimentos: gasometria após otimização do manejo clínico e em ambiente; revisar prescrição inicial após três meses de admissão ao programa. Demais revisões devem ser realizadas a cada seis meses.

6.1.2 Oxigenoterapia intermitente

- Oxigenoterapia durante exercício:

- a) $SaO_2 \leq 88\%$ ou $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ durante atividade física ou;
- b) Demonstração do aumento da tolerância ao exercício com O_2 por meio do teste de caminhada de 6 minutos, estando ou não em programa de reabilitação pulmonar.

- **Oxigenoterapia noturna:**

- a) $SaO_2 \leq 88\%$ ou $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ durante o sono com evidência de cor pulmonale, eritrocitose, ou outro distúrbio físico ou mental atribuído a hipoxemia ou;
- b) Quando a hipoxemia relacionada ao sono é corrigida ou melhorada pela suplementação de O_2 , atestada por polissonografia ou oximetria noturna.

IMPORTANTE: Para a mudança de concentrador de baixo fluxo para alto fluxo, é necessário avaliação e relatório do médico assistente com a prescrição do fluxo de O_2 necessário.

6.2 Critérios Administrativos

Para o cadastro do paciente serão necessários os seguintes documentos:

- Relatório Médico para Admissão e Acompanhamento - Programa de Oxigenoterapia Domiciliar. (Anexo I)
- Cartão SUS;
- Cópia da Identidade e CPF do paciente;
- Cópia da Identidade e CPF do responsável pelo paciente;
- Comprovante de residência e domicílio no DF (conta de luz atual e em nome do paciente ou familiar, comprovado o parentesco e coabitação); em caso de

imóvel alugado, deverá ser apresentado contrato de locação ou declaração de residência do dono do imóvel (Anexo II).

- Termo de Responsabilidade e Esclarecimento assinado pelo paciente ou responsável legal. (Anexo III)

Os pacientes poderão ser beneficiados pela Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE (Portaria Interministerial nº 630, de 8 de novembro de 2011 dos Ministros de Estado de Minas e Energia e da Saúde) ⁹, de acordo com os critérios neste estabelecidos.

O responsável pelo paciente deverá ser orientado pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) a realizar a inscrição no Cadastro Único no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de sua região e comparecer à companhia energética com o formulário, relatório médico devidamente preenchidos.

No caso de interrupção do fornecimento de energia é necessário que o paciente ou seu responsável contate imediatamente a companhia energética para que haja prioridade do restabelecimento nesse domicílio, pois a falta dela poderá acarretar prejuízos à saúde desse usuário.

IMPORTANTE: A indicação e a formalização para ingresso no POD depende de relatório a ser preenchido por médico, desde que cumpridos os critérios de inclusão. Não é suficiente para inclusão no POD a avaliação isolada da oximetria de pulso.]

7- Critérios de Exclusão

7.1 Os critérios que impossibilitam a dispensa do concentrador de oxigênio portátil pela SES/DF são:

- Necessidade de fluxo de oxigênio acima de 2L/min;
- Paciente que não esteja assistido pelo POD (não utilize concentrador estacionário);
- Paciente restrito ao leito.

7.2 Condições de moradia incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço como:

- Impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação, afastando equipamentos eletrônicos, que produzam faísca ou calor da fonte de oxigênio (distância mínima de 1,5 metros);
- Falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado;
- Residência de difícil acesso. (Esses critérios serão avaliados pela empresa

fornecedora do equipamento);

- Residência com endereço fora do Distrito Federal.

7.3 Utilização inadequada do equipamento com risco de danos ao usuário, aos familiares ou ao patrimônio de acordo com os seguintes itens:

- Persistência do tabagismo: quando constatado que o paciente está fumando próximo a fonte de oxigênio, este será um critério de interrupção imediata do fornecimento deste gás, e, portanto, acarretando em sua exclusão imediata do programa de oxigenoterapia domiciliar.
- Dificuldade do paciente e dos familiares na compreensão dos riscos associados à oxigenoterapia e em manter as medidas de segurança adequadas;
- Utilização do concentrador de oxigênio por tempo insuficiente, em desacordo com a prescrição médica;
- Necessidade de oxigênio apenas para inaloterapia.

IMPORTANTE: Os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles acarretará advertência, notificação compulsória, boletim de ocorrência e exclusão do serviço. |

8- Conduta

| A necessidade e a forma de administração do O₂ é de responsabilidade do médico prescritor. |

8.1 Conduta Preventiva

- Participação da rede de atenção, o que facilitará o atendimento e acompanhamento do paciente usuário de oxigenoterapia domiciliar prolongada;
- Orientação e Educação em saúde pela ESF de referência dirigida aos usuários, familiares e cuidadores sobre o POD;
- Encaminhamento aos serviços de Reabilitação Pulmonar conforme lista por região de saúde (Anexo VIII).
- Encaminhamento do paciente tabagista para os serviços de Controle do Tabagismo conforme lista por região de saúde (Anexo IX). |

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica. |

8.3 Tratamento Farmacológico

8.3.1 Fármaco(s)

Conforme Portaria ministerial n 3.916/MS/GM do Ministério da Saúde, fármaco é a substância química que é o princípio ativo do medicamento ¹². Assim, o oxigênio é um gás medicinal, regulado na ANVISA pelas Resoluções, nº 69 e nº 70, de 1º de outubro de 2008 ^{13 14}.

O oxigênio medicinal oferecido pelo POD possui grau de pureza de 99,0% e é comprimido em cilindros de oxigênio com capacidade mínima de 3m³ e máxima de 8m³, utilizado como backup em caso de queda de energia elétrica e ou quando o concentrador apresentar algum problema técnico que impeça o fornecimento de O2 para o paciente e em cilindro portátil de oxigênio(1m³), utilizado para transporte de pacientes para consultas, exames e tratamentos de reabilitação.

8.3.2 Esquema de Administração

O POD atende pacientes que necessitam de oxigênio de baixo e alto fluxo. Para BAIXO FLUXO é administrado de 0,5 a 5 ml/min de O2 sob cateter tipo óculos, máscara facial ou máscara para traqueostomia, caso o paciente seja traqueostomizado. Para ALTO FLUXO é administrado de 0,5 a 10ml/min de O2 sob máscara facial ou máscara para traqueostomia, caso o paciente seja traqueostomizado.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção |

O tempo de tratamento depende da evolução da doença de base, porém a maioria dos pacientes apresentam doenças respiratórias crônicas o que prolonga o tratamento.

Como critérios de interrupção consideram-se: melhora significativa da gasométrica, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão ou reversão da condição clínica ou laboratorial responsável pela indicação da oxigenoterapia sem comprovação gasométrica.

9- Benefícios Esperados

Uma vez que se organiza o atendimento e acompanhamento do paciente usuário de oxigênio na rede de saúde, tem-se a oportunidade de promover indicação precisa do

tratamento, instruir gestores, profissionais, pacientes, cuidadores e familiares, facilitando o acesso, otimizando o tratamento e reduzindo custos.

O uso adequado do oxigênio melhora a tolerância ao exercício, o estado neuropsíquico, diminui o número de internações e consequentemente melhora a qualidade de vida e a sobrevida do paciente. |

10- Monitorização

| A monitorização assistencial do paciente deverá ser realizada pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família mensalmente com registro em prontuário eletrônico no sistema e-SUS AB.

A primeira avaliação médica deverá acontecer após 3 (três) meses da admissão do usuário no POD. O médico da equipe fará a reavaliação dos pacientes a cada seis meses para verificação da necessidade, e/ou eventuais ajustes na oferta de oxigênio, sendo inicialmente reavaliada por meio da oximetria de pulso (realizada com doença estável e em ar ambiente), seguido ou não de gasometria arterial, conforme necessidade; ou alta do paciente no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar. |

11- Acompanhamento Pós-tratamento

| Após alta do POD o paciente continua sendo acompanhado pelo médico assistente da UBS de referência para realização de exames complementares, considerando a evolução clínica e as alterações detectadas em relação à toxicidade da oxigenoterapia. |

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

| Anexo III |

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

| O e-mail institucional é utilizado para receber as solicitações de admissão, alta, transferência ou alterações de dados dos pacientes.

O controle das entradas (admissões) e saídas (altas) dos pacientes hoje é feita através de uma planilha excel presente no drive do e-mail POD, porém estamos em negociação com a Regulação de Leitos para que as vagas sejam visualizadas por todos da rede e controladas por ela.

O monitoramento da utilização do concentrador pelo paciente é feito pelo Formulário de visita mensal, sendo o check list realizado pelo inspetor técnico mensalmente, que o encaminha para o executor de contrato para o atesto das notas fiscais. |

14- Referências Bibliográficas

1. Relatório epidemiológico sobre mortalidade geral, Distrito Federal, 2015 - In: http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/03/Relatorio_mortalidade_geral_2015.pdf.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/health-topics/oxygen-therapy> – acessado em 12/04/2018.
3. Longterm domiciliar oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the Medical Research Council Working Party. Lancet. 1981;1:681
4. Hardavella G, Karampinis I, Frille A, et al, Oxygen devices and delivery systems Breathe 2019;15: e 108-e116. In: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/low-flow+oxygen+delivery+system> - acessado em 12/04/2018.
5. BRASIL. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J. Pneumologia vol. 26 nº. 6 São Paulo Nov./Dec. 2000
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 17 de julho de 2012 – altera e complementa dispositivos da Portaria 2.527/MS; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
7. Balfour-Lynn IM, Field DJ, Gringras P et al; BTS guidelines for home oxygen in children; Thorax 2009;64(Suppl II): ii1-ii26
8. Adde FV, Alvarez AE, Barbisan BN, Guimarães BR. Recommendations for long-term home oxygen therapy in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2013;89:6-17.)
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 609, 6 de junho de 2013, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
10. BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 630, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2011 OS MINISTROS DE ESTADO DE MINAS E ENERGIA E DA SAÚDE
11. BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. 2010
12. Bateman NT, Leach RM; Acute oxygen therapy; BMJ 1998;317:798-801
12. Adde FV, Alvarez AE, Barbisan BN, Guimarães BR. Recommendations for long-term home oxygen therapy in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2013;89:6-17.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/MS/GM, 30 de outubro de 1998. Define a Política Nacional de Medicamentos.

14. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 69 de 1 de outubro de 2008. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Gases Medicinais.
15. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 70 de 1 de outubro de 2008. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Gases Medicinais.

ANEXO I

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DIRETORIA DE
SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

RELATÓRIO MÉDICO PARA ADMISSÃO E ACOMPANHAMENTO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Nome do
paciente: _____

Idade: _____

Diagnóstico de Base/tempo de duração da doença: _____

CID: _____

Quadro Clínico: _____

Complicações:

Insuficiência cardíaca, Cor pulmonale e

Outras _____

Sinais e sintomas de hipoxemia:

SIM _____ NÃO _____

Medicações em uso atual (nome e dose): _____

Para admissão: Gasometria arterial (doença estável e em ar ambiente)

Data do exame: ____/____/____.

Exame realizado: em repouso durante teste de caminhada durante o sono (polissonografia)

pH: _____ PCO₂: _____ PaO₂: _____ HCO₃: _____ BE: _____ Sat. de O₂: _____ Hemoglobina (g/dl): _____ Hematócrito (%): _____

Reavaliação em 3 meses.

Para acompanhamento: Oximetria (doença estável e em ar ambiente)

Data do exame: _____ / _____ / _____

SpO₂: _____

Encaminhamento: Retornar em 6 meses () Alta ()

Prescrição da Oxigenoterapia: Fluxo de O₂ indicado: _____ L/min (dia)

Número de horas por dia a ser usado: ()

1. 24h/dia 2. 18h/dia 3. Noturno (necessidade de comprovação por polissonografia/oximetria noturna)
4. Durante exercício (teste de caminhada de 6 minutos)

Tipo de interface indicada: () 1. Cateter nasal () 2. Máscara para

Traqueostomia () 3. Máscara Facial _____

Saturação do O₂ com o fluxo de O₂ prescrito:

Médico responsável pela prescrição:

Nome:

CRM/DF: _____

Telefone para contato: _____

e-mail: _____

Instituição:

Data: _____ / _____ / _____

OBS.: Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar serão utilizados os critérios conforme Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

Assinatura e carimbo

ANEXO II

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovarem a minha residência e domicílio, eu, _____, estado civil: _____, Brasileiro (a), Carteira de Identidade (RG) n. _____, expedida por _____ CPF: _____, declaro, para todos os fins a quem possa interessar, ser residente e domiciliado (a) no seguinte endereço:

_____,
na condição de () própria, () ocupação irregular, () cedida, () alugada – anexar RG e CPF do proprietário, comprovante de propriedade do imóvel e assinatura.

Em conformidade aos arts. 2º e 3º da Lei Federal n. 7115, de 29 de agosto de 1983, declaro, ainda estar ciente de que a inautenticidade das informações prestadas na presente poderá ensejar a aplicação das sanções cíveis, administrativas e penais previstas na legislação brasileira, inclusive aquelas referentes ao delito de falsidade ideológica.

Por ser verdade, assino esta declaração.

Brasília, _____ de _____ de _____.

ANEXO III

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Eu, _____,

RG: _____, CPF: _____, responsável legal pelo
paciente _____, declaro que compreendi
todas as informações dadas pela Equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
sobre o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do
Distrito Federal. Comprometo-me a:

- Manter o equipamento de oxigenoterapia domiciliar sob minha guarda em perfeito estado de conservação, utilizando-o de acordo com a orientação dada pela equipe do NRAD e pela empresa contratada, e não permitindo seu extravio, sob pena de responsabilidade judicial.
- Usar a oxigenoterapia exclusivamente conforme prescrição médica, tendo ciência de que é necessário renová-la a cada 6 meses com relatório médico atualizado.
- Utilizar o cilindro reserva SOMENTE em caso de mau funcionamento, respeitando o fluxo estabelecido do concentrador de oxigênio ou suspensão de energia elétrica. Nestes casos entrarei em contato com a empresa pelo telefone: _____
- Informar à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento caso o paciente seja internado ou evolua para óbito em um prazo de até 48 horas.
- Informar antecipadamente (mínimo de 15 dias) à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento em caso de possibilidade de mudança de telefone, endereço ou viagem do paciente por qualquer motivo.
- Jamais manusear o dispositivo fornecedor de oxigênio fumando, pelo alto poder de combustão e explosão deste gás.
- Seguir as normas estabelecidas (deveres do usuário, critérios de exclusão), conforme Manual do Usuário de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

Paciente ou responsável legal

NRAD

ANEXO IV

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Prezada Empresa, Solicitamos a V.Sª. a instalação dos equipamentos para o seguinte paciente:									
SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO - SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL									
SERVIÇO:	{ } INSTALAÇÃO { } RECARGA { } RETIRADA								
PROGRAMA	Programa de Oxigenoterapia Domiciliar								
DADOS DO PACIENTE									
PACIENTE								CPF:	
NÚMERO SES									
IDADE	RESPONSÁVEL / CUIDADOR:								
FLUXO L/MIN	USO		{ } CONTÍNUO { } PULSADO - HORAS/DIA:		H/Dia				
PACIENTE: { } TRAQUEOSTOMIZADO { } SOB CATETER NASAL									
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE (CID):									
ENDEREÇO DE INSTALAÇÃO COMPLETO:									
PONTO DE REFERÊNCIA:									
RUA DE:	TERRA		ASFALTO		PLANO		LADEIRA		
ACESSO:									
COMPLEMENTO:									
BAIRRO:			CEP:			REGIÃO DE SAÚDE:			
						1ºTELEFONE:			
						2ºTELEFONE:			
RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS SOLICITADOS									
CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO									
CILINDRO BACKUP				CILINDRO DE TRANSPORTE					
DESCARTÁVEIS									
CATÉTER									
COPO UMIDIFICADOR				CARRINHO PARA CILINDRO					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:									
PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS									
EMPENHO:					DATA:				
CONTRATO Nº:									
SOLICITANTE:									
NOME DO REQUISITANTE:									
MATRÍCULA:		CARGO/FUNÇÃO:			LOTAÇÃO:				
TELEFONE DO REQUISITANTE:					E-MAIL:				

ANEXO V

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Prezada Empresa, Solicitamos a V.Sª a instalação do equipamento para o seguinte paciente:			
SOLICITAÇÃO DE INSTALAÇÃO DO CONCENTRADOR PORTÁTIL SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL			
DADOS DO PACIENTE			
CLIENTE	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF		
	ODP - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada		
PACIENTE		CPF	
IDADE		RESPONSÁVEL / CUIDADOR:	
ENDEREÇO		TELEFONES:	
FLUXO L/MIN. ATUALIZADO:		USO	() CONTÍNUO () PULSADO - HORAS/DIA: _____ H/DIA
PACIENTE: () TRAQUEOSTOMIZADO () SOB CATETER NASAL			
DIAGNÓSTICO/CID:			
CHECKLIST DO PREENCHIMENTO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO			
☐ Em uso de concentrador estacionário de baixo fluxo.			
☐ Com indicação de uso contínuo.			
☐ Não restrito ao leito.			
☐ O fluxo indicado seja até 2L/min.			
☐ Não se aplica			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO A SEREM AVALIADOS PELA ÁREA TÉCNICA/COMISSÃO EXECUTORA			
☐ Demanda judicial.			
☐ Tratamento Médico temporário fora do Distrito Federal.			
☐ Outros:			
☐ Não se aplica			
ANEXAR DOCUMENTOS/RELATÓRIOS COMPROBATÓRIOS/RELATÓRIO MÉDICO			
OBSERVAÇÕES:			
SOLICITANTE:			
LOCAL:	TELEFONES:		
DATA DA SOLICITAÇÃO:			

ANEXO VI

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR



CHECKLIST DE VISTA DOMICILIAR DO POD - FISCAL TÉCNICO (eSF)

Data: / /		Horário:
Nome do paciente:		
Endereço/Local:		
Volume de Oxigênio Prescrito:	L/min	
Volume de Oxigênio Utilizado:	L/min	
EQUIPAMENTOS	PRESENTE	AUSENTE
Concentrador de oxigênio baixo fluxo		
Concentrador de oxigênio alto fluxo		
Concentrador de oxigênio portátil		
MATERIAIS	DATA DO ÚLTIMO FORNECIMENTO	EM FALTA
Cateter tipo óculos adulto		
Cateter tipo óculos pediátrico		
Máscara para traqueostomia adulto		
Máscara para traqueostomia pediátrico		
Máscara facial adulto		
Máscara facial pediátrico		
Extensor		
Regulador de Pressão		
Fluxômetro		
Macronebulizador		
Observações:		
CONDIÇÕES DE MORADIA		
BENEFICIÁRIO DA TARIFA SOCIAL DE ENERGIA? () SIM () NÃO		
INSTABILIDADE OU QUEDAS DE ENERGIA FREQUENTES? () SIM () NÃO		
COMPORTAMENTO DO PACIENTE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO		
PACIENTE TABAGISTA? () SIM () NÃO		
QUANTIDADE DE RECARGAS DO CILINDRO DE BACKUP?		
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		
Nome do servidor:		
Matrícula:		
Cargo/Função:	Lotação:	

Assinatura do paciente ou responsável pelo paciente
CPF: _____

Assinatura do responsável pela visita

ANEXO VII

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Unidade de Saúde: _____
Usuário: _____ DN: _____
Nº SUS: _____ Nº SES: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____

RELATÓRIO MÉDICO:

TERAPIA INDICADA: BAIXO FLUXO () ALTO FLUXO () PORTÁTIL ()
QUANTIDADE: _____ L/Min.

COMORBIDADES:

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE