



**PROTOCOLO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR  
PROLONGADA E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DO ESTADO DO  
PARANÁ - 20ª REGIONAL DE SAÚDE DE TOLEDO - PR**

**Toledo  
2022**



**GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ**  
**Governador**

Carlos Roberto Massa Júnior

**Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**

**20ª Regional de Saúde**

**Diretor**

Dr. Fernando Pedrotti

**Diretora da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde (DVAGS)**

Andriele Roberta Gerardi

**Chefe da Seção de Atenção Básica em Saúde**

Simone Zelohn Long

**Chefe da Seção de Regulação Avaliação Regulação e Auditoria**

Luana Rezende

**Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada  
e Ventilação Não Invasiva**

**Coordenadoras**

Tháimoty Medeiros

Cristina Muniz

Noemi Ramos



## **Equipe Responsável pela elaboração do Protocolo**

### **Autores (as)**

Noemi Ramos

Thaisi Aparecida Leandro

Enfermeiras/Coordenadoras do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e Ventilação não Invasiva  
da 20ª Regional de Saúde

## Sumário

1 - Introdução .....	5
2 - Objetivos .....	5
3 - Aparelhos disponibilizados do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.....	6
3.1 - Concentradores de Oxigênio .....	6
a) Concentrador de 5 litros .....	6
b) Concentrador de 10 litros .....	6
c) Concentrador de Oxigênio Portátil .....	6
d) Cilindro .....	6
3.2 - Aparelhos disponibilizados do Programa de Ventilação Não Invasiva.....	7
a) CPAP .....	7
b) BIPAP .....	7
c) Assistente de Tosse COUGHASSIST .....	7
d) Ventilador Mecânico Domiciliar .....	8
e) Oxímetro .....	8
4 - Critérios para Prescrição/Autorização da ODP.....	8
4.1 – Critérios clínicos .....	8
4.2 – Critérios Administrativos.....	9
5 - Documentos necessários .....	9
5.1 - Ofício da Secretaria Municipal de Saúde.....	9
5.2 - Relatório Social .....	9
5.3 - Ficha Inicial de Prescrição de Oxigenoterapia .....	10
5.4 - Prescrição Médica .....	10
5.5 - Apresentação de Exames .....	10
5.6 - Apresentação de documentos pessoais .....	10
6 - Acompanhamento o Usuário.....	11
7 - Critérios para interrupção .....	12
8 - Atribuição Usuário.....	13
9 - Atribuição da Empresa que fornece os aparelhos .....	13
10 - Atribuições dos Serviços de Oxigênio.....	13
10.1– SESA – Secretaria Estadual de Saúde .....	13

10.2 – Regional de Saúde .....	14
10.3 – Secretaria Municipal de Saúde .....	14
11 – Fluxo do atendimento do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada e Ventilação não Invasiva .....	15
11.1 – Atribuições Secretaria Municipal de Saúde .....	15
11.2 - Atribuições da Regional de Saúde.....	15
12 - Visitas Domiciliares .....	17
13 - Checklist de solicitação dos aparelhos .....	17
a) Concentrador de Oxigênio de 5 e 10 litros.....	19
b) Concentrador de Oxigênio Portátil .....	20
c) BIPAP .....	21
d) Ventilador Pulmonar Domiciliar .....	22
e) Assistente de Tosse – Cough Assist.....	23
f) CPAP.....	24
g) Oxímetro de pulso.....	25
14 -ANEXOS - Formulários das Fichas iniciais de Solicitação específico para cada aparelho.....	25
15 - Referências Bibliográficas.....	32

## 1 – INTRODUÇÃO

O oxigênio, gás fundamental para o ser humano, representa somente 21% do ar ambiente que respiramos. Essa proporção é suficiente para pessoas em condições físicas normais, mas para aquelas que possuem alguma deficiência pulmonar não é. Em algumas doenças é necessária a suplementação de oxigênio para enriquecer o ar respirado, causando assim melhor aproveitamento e benefício para o corpo.

O Oxigênio foi descoberto como gás separado da atmosfera por volta do século XVIII. Seu uso como tratamento médico foi iniciado em 1922, pelo médico americano Alvin Barach, que o prescrevia de forma sistemática para pacientes internados com pneumonia. Entretanto, só por volta dos anos 80 houve a confirmação, através dos estudos clássicos The UK Medical Research Council - MRC (na Inglaterra) e The US Nocturnal Oxygen Therapy Trial - NOTT (EUA), de que o uso do oxigênio de forma prolongada melhorava a qualidade de vida e aumentava a expectativa de vida de pacientes com DPOC.

A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada é um tratamento indicado para pacientes com insuficiência respiratória crônica (IRC) com consequente hipoxemia. A IRC geralmente ocorre na fase final da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou, menos frequentemente a outras doenças, como por exemplo, as fibroses pulmonares, as bronquiectasias, as sequelas de tuberculose, a fibrose cística, doenças da circulação pulmonar ou outras doenças que acometam a caixa torácica.

Os pacientes portadores de hipoxemia crônica apresentam comprometimento físico, psíquico e social importante com deterioração da qualidade de vida e necessitam frequentemente de internação hospitalar, principalmente pelos períodos de exacerbação, mas também pela própria condição da hipoxemia. A terapia com oxigênio proporciona a reversão de hipoxemia, melhora a função cardiovascular e melhores condições para realizar as atividades de vida diária.

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) proporciona ao usuário a possibilidade de realizar o tratamento de oxigenoterapia em seu domicílio, reduzindo internações e melhorando a qualidade de vida desses pacientes, que agora realizarão o tratamento junto a convivência familiar. Dentre os benefícios, temos:

- Reduzir o tempo de internamento;
- Evitar Reinternação;
- Diminuir o risco de infecção hospitalar;
- Reduzir o custo da assistência.

A elaboração desse protocolo baseia-se nas orientações oficiais sobre a operacionalização do Programa, nos critérios técnicos das empresas parceiras e nas

práticas usuais que viabilizam a implementação deste Programa ao nível de campo, conforme observado na sua execução nos municípios da 20ª Regional de Saúde de Toledo.

## **2- OBJETIVO**

Este protocolo do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada tem o objetivo de orientar profissionais de saúde da 20ª Regional de Saúde de Toledo-PR e às lideranças sanitárias dos municípios de sua área de abrangência quanto à operacionalização do Programa na área administrativa e financeira, tipificar a situação clínica de pacientes que podem ser beneficiados, oferecer informações gerais sobre as características dos aparelhos e apresentar uma noção básica sobre a sua utilização.

## **3- APARELHOS DISPONIBILIZADOS PELO PROGRAMA DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**

**A) CONCENTRADORES DE OXIGÊNIO E CILÍNDRIO:** Os concentradores de Oxigênio são indicados para pacientes com IRC com hipoxemia. Esses aparelhos têm a capacidade de aumentar a concentração de oxigênio no ar respirado em níveis acima do ar ambiente (21%).

### **I) - Concentrador de Oxigênio de 5 litros.**

Indicado para pacientes não graves que necessitam de oxigênio com fluxo de 01 até 05 litros/min., utilizado no mínimo por 15 horas/diárias.

### **II) - Concentrador de Oxigênio de 10 litros**

Indicado para pacientes graves que necessitam de oxigênio com fluxo de 5 litros/min a 10 litros/min e para uso com ventilador mecânico ou BIPAP utilizado em domicílio.

### **III) - Concentrador de Oxigênio Portátil**

Indicado para pacientes que precisam se deslocar com certa frequência do ambiente domiciliar para outros locais como: trabalho, consultas, fisioterapia, exames médicos, escolas e outros. É um aparelho de apenas 2,3 kg, com bateria interna de 2 a 3,5hs de duração; Tem adaptador de 12V para veículos, cinto de baterias e capacidade de atender de até 5 litros/min.

#### **IV) - Cilindro de Oxigênio**

São tanques ou cilindros de 6 m<sup>3</sup>, com carrinho que permite a sua locomoção até o paciente. Contém gás comprimido ou em forma líquida, fornecendo oxigênio puro aos pacientes.

O cilindro é disponibilizado para pacientes que já utilizam Concentrador de Oxigênio de 5 litros ou 10 litros, para ser usado somente em caso de queda de energia ou mau funcionamento repentino do aparelho. A recarga só será realizada mediante comprovação de que houve efetivamente queda de energia ou o Concentrador não funcionou corretamente.

**OBSERVAÇÃO: Todos os aparelhos acima mencionados, são atualmente disponibilizados (agosto/2022) pela empresa prestadora de serviço white martins.**

**B) CPAP** - (Continuous Positive Airway Pressure – Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas)

Este é um aparelho de pressão positiva, utilizado para desobstruir e evitar o fechamento das vias aéreas superiores. O CPAP envia um fluxo de ar pressurizado, favorecendo o relaxamento muscular e normalizando a oxigenação do organismo. É utilizado principalmente nas Síndromes de Apneia do sono, sendo assim utilizado por cerca de 8 horas por dia.

**C) BIPAP** - (Bilevel Positive Airway Pressure - Pressão Positiva de Dois Níveis das Vias Aéreas)

É um aparelho indicado para doenças respiratórias de origem restritiva, obstrutiva ou mista, como em doenças neuromusculares e DPOC. Pode também ser usado no tratamento da apneia do sono e na síndrome da hipoventilação da obesidade. Pode ser utilizado até 16 horas diárias.

O BIPAP funciona com dois níveis de pressão, enviando fluxos com pressão alternada entre inspiração (IPAP) e expiração (EPAP). Tem como resposta a diminuição da dispneia e da frequência cardíaca aumentada.

**D) ASSISTENTE DA TOSSE (COUGH ASSIST).**

É um equipamento de auxílio à tosse não invasivo para uso hospitalar e domiciliar, leve e portátil. O aparelho simula uma tosse real, oferecendo uma alternativa eficaz e

mais suave para eliminar secreções das vias aéreas respiratórias de pacientes adultos e pediátricos que não possuem tosse espontânea efetiva.

#### **E) VENTILADOR MECÂNICO DOMICILIAR**

Este aparelho auxilia a entrada e a saída de ar nos pulmões, podendo ser usado em pacientes sem respiração espontânea e com insuficiência respiratória. Permite troca gasosa em diferentes níveis de intensidade.

#### **F) OXÍMETRO DE PULSO**

Aparelho utilizado em situação de controle de saturação de oxigênio.

**OBSERVAÇÃO: Todos os aparelhos de Ventilação Não Invasiva acima descritos são atualmente disponibilizados (Março/2022) pela Prestadora de Serviços Air Liquide do Brasil.**

### **4 - CRITÉRIOS PARA PRESCRIÇÃO E AUTORIZAÇÃO DA ODP:**

Primeiramente deverá haver o envio de todas as documentações pertinentes para a inscrição no programa ODP. Em seguida, o médico auditor da Regional de Saúde da SESA avaliará a documentação e os exames do paciente. Após o aval do médico auditor, o paciente será encaixado na lista de usuários de acordo com sua prioridade. A prioridade baseia-se em 2 critérios:

- a) Quadro clínico mais grave do paciente e/ou com diagnóstico em estágios mais avançados.
- b) Idade (preferencialmente para crianças, adolescentes e idosos acima de sessenta anos).

#### **4.1- Critérios Clínicos**

A indicação para iniciar a suplementação de oxigênio baseia-se nos seguintes dados gasométricos e clínicos conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2000):

- Pressão parcial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) menor ou igual a 55mmHg
- Saturação arterial de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) menor ou igual a 88%.
- PaO<sub>2</sub> entre 56-59mmHg ou saturação arterial de oxigênio igual ou inferior a 89% associado a:
  - a) Evidencia (clínica ou ecocardiograma) de cor pulmonares.

- b) policitemia relacionada à hipoxemia crônica (Hematócrito maior ou igual a 56);
- c) Edema por insuficiência cardíaca.
- Desnaturação noturna comprovada com evidência clínica ou ecocardiográfica de cor pulmonares ou policitemia.
- Comprovante de saturação ao exercício, que atrapalhe a realização de tarefas básicas (comprovação mediante exame de gasometria)
- Orienta-se que o paciente não seja fumante ativo ou que esteja inscrito em um grupo de abandono ao tabaco.

#### **4.2 - Critérios Administrativos**

- O paciente deve residir em um dos municípios de abrangência da 20ª Regional de Saúde;
- O usuário deverá comprovar através de prescrição de médicos especialistas (pneumologia, cardiologista, neurologista, oncologista, infectologista, intensivista, anestesista ou cirurgião torácico, entre outros) que é portador de doenças que necessitem de suplementação de oxigênio ou desobstrução das vias aéreas superiores, com diagnóstico médico e Código Internacional de Doenças (CID 10).
- O usuário deverá comprovar através do Relatório Social que sua residência tem condições higiênicas, estrutural, elétrica e humanas para receber e manter o paciente e os aparelhos.

### **5- DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

#### **5.1- Ofício da Secretaria Municipal de Saúde:**

A Secretaria Municipal da Saúde do município de origem do paciente deve fazer uma solicitação através de ofício, direcionado ao diretor da 20ª Regional de Saúde, requisitando o aparelho, com as seguintes informações:

- Identificação do Aparelho necessário para o paciente;
- Nome do Paciente;
- Endereço e telefone da Unidade Básica de Saúde a qual o usuário pertence;
- Identificação da equipe multidisciplinar que atenderá o paciente, onde devem ser identificados os nomes dos seguintes profissionais, com os respectivos números dos Conselhos de Classe de cada profissional:
  - Médico;
  - Enfermeiro;

- Responsável da Unidade Básica de Saúde.
- Também poderão fazer parte desta equipe: auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, agente comunitário de Saúde e Assistente Social.

## **5.2- Relatório Social**

Apresentar Relatório social, realizado pela Assistente Social da Unidade Básica de Saúde do município a qual o paciente pertence, com os dados a seguir:

- Identificação do paciente, nome, data nascimento, endereço, filiação, RG, CPF, telefones de contato;
- Condições de saúde do usuário, situação financeira e condições de trabalho;
- Condição habitacional/moradia, descrevendo se a residência tem condições de acomodar os aparelhos requisitados e as condições higiênicas da residência;
- Informação sobre o/s cuidadores do usuário: nome, endereço e telefone. Necessário averiguar e constar no Relatório se o usuário e/ou o cuidador/a tem capacidade mínima de entendimento para receber informações e prestar informações sobre o manuseio dos aparelhos;
- Condições elétricas de moradia: os aparelhos que necessitam de energia têm que ter tomada para plugar na voltagem de 120 kwh.

**OBSERVAÇÃO: Caso o paciente ou a família do paciente não tenha condições financeiras para arcar com o aumento da conta mensal de energia, devido a utilização do aparelho, importante orientá-los para fazer o cadastro no Programa Luz Fraterna da COPEL.**

## **5.3- Ficha Inicial de Registro de Oxigenoterapia**

A Ficha deve ser preenchida de forma legível, específica para cada aparelho, constando os seus itens, e com data de prescrição de no máximo 30 dias. O Diagnóstico deve ser legível, com indicação detalhado do uso do aparelho requisitado e necessário ao paciente:

- L/minuto;
- Tempo diário de uso;
- Via de utilização;
- Saturação desejada;
- Assinatura e carimbo com CRM do médico solicitante.

## **5.4- Prescrição médica**

A prescrição do médico deve conter as seguintes informações:

- Solicitação de ODP (Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada);
- Justificativa para solicitação do aparelho;
- Discriminação da doença pulmonar de base;
- Fluxo do oxigênio necessário;
- Tempo diário de uso;
- Via de administração.

#### **5.5- Apresentação de Exames**

Na solicitação da ODP devem ser anexadas cópias dos exames médicos recentes, realizados há no máximo 30 dias, que comprovem a necessidade de cada aparelho solicitado: Exame de gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso e 60 dias após a última exacerbação da doença.

#### **5.6- Apresentação de documentos pessoais**

Na solicitação da ODP devem ser apresentadas cópias dos seguintes documentos pessoais do paciente:

- RG;
- CPF;
- CNS (Carteira Nacional do Sus);
- Termo de Responsabilidade do Usuário preenchido e assinado (Conforme Anexo);
- Comprovante de endereço com CEP legível para a localização do endereço do usuário.

**OBSERVAÇÃO:** Caso o paciente não tiver comprovante de residência, pode ser apresentado um atestado de residência; em caso de pacientes menores de idade/crianças, deve ser anexada uma cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.

### **6 – ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO**

- Após o início da utilização dos aparelhos o usuário deverá ser reavaliado clinicamente com a realização de exames após 90 dias; após este exame, o médico solicitante deve realizar um exame a cada 12 meses;

- As visitas domiciliares devem ser realizadas mensalmente pelas equipes de saúde da Unidade de Saúde do município pertencente ao usuário, quando será preenchido um Relatório que deve ser enviado para a Regional de Saúde;
- A cada 3 (três) meses a empresa fornecedora dos equipamentos deve realizar visitas domiciliares com emissão de Relatório para a Regional de Saúde;
- Durante a visita domiciliar ao Paciente, a equipe de saúde do município deve levantar e registrar em Relatório as seguintes informações:
- Se a empresa fornecedora dos aparelhos/equipamentos fez a visita trimestral;
- Se está sendo feita manutenção adequada dos aparelhos;
- Alteração de endereço do paciente/usuário, informando o endereço atualizado;
- A Equipe de Saúde deve informar ao usuário que toda a mudança de endereço deve ser informada à Equipe de Saúde do Município ou da SESA. Caso o paciente/usuário mude para outro estado, ele deverá devolver o aparelho, pois não pode ser transferido para outro estado, tendo em vista que o mesmo é de exclusiva responsabilidade do estado do Paraná. Se for o caso, o paciente/usuário deve solicitar outro aparelho no estado em que for morar.
- O transporte dos Concentradores de 5 litros, 10 litros, torpedos e ventiladores devem ser solicitados à empresa fornecedora dos aparelhos. Jamais transportar em qualquer veículo que não seja da Empresa prestadora do serviço, sob pena de recolha do aparelho.
- Em caso de óbito do usuário, a Equipe de Saúde do Município deve providenciar uma cópia da Certidão de Óbito e repassar imediatamente uma cópia digitalizada à Regional de Saúde, que solicitará a recolha do aparelho/aparelhos junto a empresa prestadora de serviços.
- Caso a Certidão de Óbito não esteja imediatamente disponível, o responsável pela Equipe Municipal de Saúde deve informar a Equipe da Regional de Saúde com urgência, para que seja agilizada a recolha do aparelho e interrompido a cobrança pelo seu uso;
- Com a cópia da Certidão de Óbito encaminhada à Equipe Regional da SESA, será possível concluir formalmente o processo de ODP deste usuário;

## **7- CRITÉRIOS PARA INTERRUPÇÃO DA ODP**

Para interromper a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada devem ser observados os seguintes critérios:

- Melhora clínica e ou funcional da insuficiência respiratória, com alta do paciente; esta interrupção em função de alta médica deve ser avaliada por escrito pelo médico do município que acompanha o paciente, ou pelo médico de referência.
- Manutenção do tabagismo pelo paciente/usuário, sem demonstração de intenção de abandono do hábito; esta condição deve ser observada e registrada no Relatório da Equipe Municipal de Saúde nas suas visitas mensais, com Relatório encaminhado à Regional da SESA;
- Falta de cuidados mínimos na conservação e manutenção do equipamento, sendo registrado no Relatório Mensal da Equipe Municipal
- Imperícia ou desleixo no uso do equipamento, tanto do paciente, como do cuidador ou da família responsável pelo paciente;
- Não cumprimento da prescrição médica quanto ao fluxo e ao número de horas da oxigenoterapia e da medicação;
- Não comparecimento às avaliações médicas periódicas (90 dias inicial, depois a cada 12 meses), observado pelo médico responsável ou pela Equipe Municipal de Saúde.

## **8- ATRIBUIÇÃO DO USUÁRIO**

São atribuições do paciente/usuário da ODP, seus cuidadores e/ou responsáveis, conforme previsto no Termo de Responsabilidade previamente firmado:

- Não fumar;
- Seguir as orientações realizadas pela equipe saúde e da empresa;
- Manter a higiene e conservação dos equipamentos utilizados;
- Comunicar as intercorrências à Secretaria Municipal de Saúde: alta, óbito, mudança de endereço e outros;
- Comunicar problemas de funcionamento adequado do aparelho à empresa fornecedora/prestadora de serviços, através de um número 0800, fornecido pela empresa ao paciente;
- Realizar as Consultas Periódicas no médico responsável para acompanhamento do tratamento;
- Manter os exames em dia e garantir a continuidade do tratamento, ou a sua interrupção, se for o caso de alta médica.

## **9- ATRIBUIÇÕES DA EMPRESA QUE FORNECE O APARELHO**

- Instalar o aparelho conforme solicitação da Regional de Saúde;
- Realizar visitas, prestando manutenção e reposição de materiais;
- Orientar e treinar o paciente/cuidador quanto ao uso do equipamento;
- Garantir manutenção durante 24 horas/dia para o usuário, por meio de 0800;
- Recolher o equipamento quando solicitado.

## **10- ATRIBUIÇÕES DOS SERVIÇOS DE OXIGÊNIO**

### **10.1- SESA – Secretaria Estadual de Saúde**

- Pactuar as atribuições de cada nível de organização com as Regionais e municípios sob gestão do Estado;
- Programar recursos financeiros para o atendimento.
- Licitar e contratar empresa prestadora de serviço;
- Coordenar o serviço através de protocolos, treinamentos, relatórios etc.;
- Supervisionar as ações a nível regional e municipal;
- Receber relatórios de utilização de serviços;
- Vistar e certificar as notas fiscais e realizar o pagamento às empresas prestadoras de serviços de ODP.

### **10.2- Regionais de Saúde**

- Supervisionar o serviço a nível municipal;
- Verificar e analisar os processos provenientes dos municípios;
- Solicitar a instalação dos aparelhos junto a empresa fornecedora;
- Solicitar e receber os relatórios de visitas domiciliares realizadas pelos municípios;
- Comunicar à SESA qualquer intercorrência ou irregularidade em relação ao atendimento das empresas prestadoras;
- Conferir e certificar as planilhas de cobranças, enviadas mensalmente pelas empresas fornecedoras dos aparelhos, para emissão das notas fiscais e cobrança dos mesmos junto Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná/SESA.

### **10.3- Secretaria Municipal de Saúde**

- Reconhecer e se responsabilizar pelo serviço de ODP realizado em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, conforme o protocolo;
- Encaminhar o usuário para as consultas, onde deverá realizar a prescrição da oxigenioterapia e solicitar exames conforme o protocolo;
- Acompanhar a instalação do equipamento no domicílio do usuário; emitindo o primeiro relatório de visita domiciliar;
- Orientar o usuário em relação ao uso do equipamento e procedimentos adequados para a obtenção de resultados com o tratamento;
- Realizar visitas mensais ao usuário e encaminhar o relatório a Regional de Saúde;
- Disponibilizar oxímetro de pulso para acompanhamento nas visitas domiciliares mensais aos pacientes e registrar resultados em no Relatório;
- Solicitar ao usuário retorno ao médico, para controle de rotina;
- Informar qualquer intercorrência ou irregularidade do serviço à Regional de Saúde.

## **11- FLUXOS DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE/TOLEDO.**

### **11.1- Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde:**

Porta de entrada do Programa ODP é a Secretaria Municipal de Saúde dos municípios, seguindo o seguinte fluxo:

a) O usuário ou familiar responsável pelo paciente deverá dirigir-se ao Serviços de Atenção Domiciliar das Secretaria Municipal de Saúde, para fazer a solicitação dos aparelhos.

b) A Secretaria Municipal de Saúde, de posse dos documentos previstos no Item 6 deste Protocolo, deve encaminhar à Regional de Saúde, NA ORDEM ABAIXO, via e-mail, para o seguinte endereço: [oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br](mailto:oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br);

I- Ofício do município de solicitação do município, (responsabilidade da SMS);

II- Relatório Social, (responsabilidade da SMS);

III- Prescrição médica, (solicitar ao usuário/familiares ou médico de referência para providência);

IV- Ficha Inicial de prescrição de Oxigenoterapia. (Esta ficha deverá ser fornecida aos serviços, caso contrário, a SMS disponibiliza aos familiares ou usuários para que sejam preenchidas pelo médico de referência);

V- Cópia dos exames solicitados (solicitar ao usuário/familiares ou médico de referência para providência);

VI- Cópia de documentos pessoais RG, CPF, CNS e comprovante de residência;

### **11.2 - Atribuições da Unidade Regional de Saúde**

A Regional de Saúde recebe por e-mail os documentos acima, encaminhados pela Secretaria Municipal da Saúde, e elabora os seguintes documentos para o procedimento de instalação da ODP no paciente requisitado:

- Documento de solicitação dos Aparelhos ao Prestador de Serviços;
- Documento de solicitação de instalação dos Aparelhos no paciente do município requisitante;
- Formulário de Despacho para ser autorizado pelo médico auditor.

Na sequência, a equipe da Regional de Saúde, toma as seguintes providências:

a) Encaminhar os documentos para avaliação do médico auditor da Regional de Saúde para autorização dos aparelhos.

b) Caso aprovado pelo Médico Auditor, os documentos são incluídos no e-Protocolo, para formalização da solicitação do aparelho gerando assim o número do processo.

c) Encaminhar solicitação dos aparelhos na seguinte ordem de documentos via e-mail, para as empresas fornecedoras dos equipamentos:

- I- Solicitação do aparelho;
- II- Prescrição médica
- III- Ficha Inicial de solicitação dos aparelhos;
- IV- Exames
- V- Documentos pessoais.

#### **OBSERVAÇÃO 1:**

**O e-mail de solicitação do aparelho de ODP deve ser encaminhado para a empresa fornecedora dos aparelhos com cópia para o município solicitante; informar no corpo do e-mail os telefones de contato da Secretaria Municipal de Saúde ou da Equipe Municipal de Saúde responsável pelo acompanhamento do paciente, importante também solicitar à empresa prestadora de serviços para que informe a data e horário agendado para instalação do aparelho ao Município, para que a Equipe Responsável possa acompanhar a instalação e se informar sobre o uso correto dos aparelhos.**

## **OBSERVAÇÃO 2:**

**Deverá ser anexado no processo de liberação uma cópia do e-mail enviado a empresa de solicitação dos aparelhos.**

d) Registrar o usuário na Planilha de Oxigenoterapia da 20ª Regional de Saúde, constando os seguintes dados:

- Nome do paciente
- Aparelho solicitado
- Número e-protocolo
- Tipo de Processo
- Status.

e) Abrir pasta on-line correspondente ao novo usuário no arquivo do respectivo município.

f) Supervisionar as empresas quando da instalação dos aparelhos, seguindo a ordem da fila de espera e prioridades;

g) Conforme contrato em vigor, até o dia 20 de cada mês, a empresa fornecedora dos equipamentos encaminha a planilha;

h) De cobrança dos aparelhos, para conferência e autorização para emissão de cobrança junto a SESA/Curitiba, devendo ser seguido os seguintes passos:

- Conferir na planilha da Empresa Prestadora de Serviços todos os aparelhos instalados ao longo do último mês, comunicando estas instalações e os pacientes beneficiados às respectivas Secretarias Municipais de Saúde através de e-mail, para que as equipes responsáveis possam planejar e agendar as visitas domiciliares mensais (acaso não tenham sido comunicados pela Empresa);

- Também conferir as planilhas de acordo com informações (óbitos, alta, desistência dos aparelhos, etc) dos relatórios das visitas domiciliares recebidos das Secretarias Municipais de Saúde;

- Após conferência das planilhas, se houver irregularidades, comunicar às empresas para ajustes das mesmas. Caso não houver, devolver as planilhas para as empresas, através de e-mail, informando que as mesmas estão conferidas e de acordo com os controles disponíveis, podendo a empresa emitir as respectivas cobranças junto a SESA/PR.

## **12 – VISITAS DOMICILIARES**

Após implantação dos aparelhos/equipamentos a Equipe de Atenção Básica do município, através da equipe multidisciplinar que atenderá o usuário, fará as visitas domiciliares MENSALMENTE, preenchendo o Relatório das mesmas, encaminhando estes à Regional de Saúde, através de e-mail: [Oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br](mailto:Oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br)

A comissão multidisciplinar da Atenção Básica dos municípios é responsável por incluir o paciente no programa de Oxigenoterapia do município e acompanhar, bem como informar a Regional sobre qualquer eventualidade a respeito do usuário:

- Solicitação de manutenção dos aparelhos;
- Óbito;
- Alta e outras que fizerem pertinentes.

Nas visitas aos pacientes/usuários do Programa de Oxigenoterapia, as equipes devem estar atentas sobre possíveis irregularidades quanto ao uso dos equipamentos, orientando os pacientes e/ou familiares cuidadores sobre os seguintes pontos:

**a) Higiene dos equipamentos:**

- Higienizar os aparelhos somente com água, sabão neutro, sem uso de outros produtos químicos;
- Os kits descartáveis (copinho do umidificador, máscara nasal e prolongamento) deverão ser trocados pela empresa a cada 3 meses;
- Manter o copinho umidificador até a marca, ou 2/3 da sua capacidade, trocando a mesma diariamente, somente com água fervida/esfriada ou destilada;
- Higiene do cateter nasal e prolongamento (água, sabão neutro) – molho meia hora, água corrente, quando necessário;
- Não manusear os equipamentos com as mãos sujas, (graxa, óleo e outros);
- A higienização do oxímetro poderá ser feita com pano umedecido com álcool de forma suave, na área interna, no espaço reservado para colocar o dedo.

**b) Áreas ventiladas**

- Não encostar o Concentrador em paredes, deixar a tela de acesso acessível para receber o ar do meio ambiente;
- Aparelhos em lugares livres de poluição;
- Não fumar durante o uso dos aparelhos;
- Manter os concentradores afastados de fonte de calor (fogão, forno, faíscas, cigarro e outras).

### **c) Fluxo prescrito pelo médico**

- O fluxo dos aparelhos recomendados pelo médico, no momento da instalação, só poderá ser alterado pelo técnico da empresa, mediante prescrição médica.

### **d) Energia elétrica**

- Os aparelhos que necessitam da energia elétrica são alimentados pela rede elétrica 110 Volts (Deve ser a voltagem de 110 Volts que o aparelho necessita para funcionar – se colocar o consumo em Kwh – tipo gasta 110 Kwh – somente é útil para o usuário fazer o cálculo de quanto vai gastar por mês, multiplicando pelo número de horas que fica ligado no mês)

- Ligar os aparelhos em uma tomada exclusiva, sem uso de benjamim ou extensão.

## **13- CHECKLIST PARA SOLICITAÇÃO DOS APARELHOS DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.**

### **A) Checklist para Solicitação de Concentrador de 5 l/min ou 10l/min**

<b>Item</b>	<b>Tipo de Ação</b>	<b>Observação</b>
1	<b>Solicitação oficial da SMS do município de origem do paciente</b>	Ofício da SMS para a Regional de Saúde solicitando o aparelho e informando a equipe multidisciplinar que atenderá o paciente
3	<b>Ficha Inicial de solicitação do aparelho</b>	Preenchida em todos campos de forma legível, constando fluxo: Litros/dia, Litros/noite e esforços, via de administração, tipo de máscara e tempo de uso (Anexo I),
4	<b>Prescrição médica</b>	Solicitação do aparelho médico de referência , justificando o uso do aparelho
5	<b>Cópia de Exame de gasometria</b>	Recente menos de 1 mês
6	<b>Cópia de Exame de Função Pulmonar</b>	Opcional
7	<b>Cópia de documentação pessoal e comprovante de residência</b>	Legível, comprovante de residência evidenciando o CEP.
8	<b>Relatório de visita domiciliar social</b>	

## B) Checklist para Solicitação de Concentrador Portátil

Item	Tipo de Ação	Observação:
1	<b>Solicitação oficial da SMS do município de origem do paciente</b>	Ofício da SMS para a Regional de Saúde solicitando o aparelho e informando a equipe multidisciplinar que atenderá o paciente
3	<b>Ficha Inicial de solicitação do aparelho</b>	Preenchida em todos campos de forma legível, constando fluxo: Litros/dia, Litros/noite e esforços, via de administração, tipo de máscara e tempo de uso (Anexo I),
4	<b>Prescrição médica</b>	Médico de referência justifica a solicitação do aparelho,.
5	<b>Cópia de Exame gasometria</b>	Recente menos de 1 mês
6	<b>Cópia de Exame de Função Pulmonar</b>	Opcional
7	<b>Cópia de documentação pessoal e comprovante de residência</b>	Legível, comprovante de residência evidenciando o CEP.
8	<b>Relatório de visita domiciliar social</b>	Realizado pela Assistente Social do município de origem do paciente
9	<b>Declaração do médico de referência</b>	Justificando o uso do Concentrador, devido à frequência de consultas médicas, exames, fisioterapia e outras atividades de tratamento de saúde.

10	<b>Processo autorizado pela SESA/CTBA</b>	Após juntada dos documentos e autorização do médico auditor, a Regional de Saúde encaminha para SESA/DVPCD, através do e protocolo para autorização do aparelho. Após autorizado, anexa o despacho da autorização de Curitiba, faz a solicitação para a empresa.
----	---	--

### **C) Checklist para Solicitação de Aparelho BIPAP**

Item	Tipo de Ação	Observação:
1	<b>Solicitação oficial da SMS do município de origem do paciente</b>	Ofício da SMS para a Regional de Saúde solicitando o aparelho e informando a equipe multidisciplinar que atenderá o paciente.
3	<b>Ficha Inicial de solicitação do aparelho.</b>	Preenchida em todos campos de forma legível, com os Parâmetros: <b><u>pressão inspiratória (IPAP) e expiratória (EPAP) a ser aplicada no aparelho</u></b> (Anexo II),
4	<b>Prescrição médica</b>	Médico de referência justifica a solicitação do aparelho,.
5	<b>Cópia de Exame de gasometria</b>	Recente menos de 1 mês
6	<b>Cópia de Exame de Função Pulmonar</b>	Opcional
7	<b>Cópia de documentação pessoal e comprovante de residência</b>	Legível, comprovante de residência evidenciando o CEP.
8	<b>Relatório de visita domiciliar social</b>	Realizado pela Assistente Social do município de origem do paciente.

**D) Checklist para Solicitação de Aparelho Ventilador Pulmonar Domiciliar**

<b>Item</b>	<b>Tipo de Ação</b>	<b>Observação:</b>
1	<b>Solicitação oficial da SMS do município de origem do paciente</b>	Ofício da SMS para a Regional de Saúde solicitando o aparelho e informando a equipe multidisciplinar que atenderá o paciente
2	<b>Ficha Inicial de solicitação do aparelho.</b>	Preenchida em todos campos de forma legível, com os Parâmetros: <b><u>modo ventilatório com todos os parâmetros necessários a cada modo (PC, VC, FR, FIO2, PEEP, EPAP, IPAP,</u></b> (Anexo III),
3	<b>Prescrição médica</b>	Médico de referência <b>justifica a solicitação do aparelho.</b>
4	<b>Cópia de Exame de gasometria</b>	Recente menos de 1 mês
5	<b>Cópia de Exame de Função Pulmonar</b>	Opcional
6	<b>Cópia de documentação pessoal e comprovante de residência</b>	Legível, comprovante de residência evidenciando o CEP.
7	<b>Relatório de visita domiciliar social</b>	Realizado pela Assistência Social do município de origem do paciente.
8	<b>Processo autoriza-</b>	Após juntada dos documentos com autorização

	<b>do pela SESA/CTBA</b>	do médico auditor, a Regional de Saúde encaminha para SESA/DVPCD, através do e protocolo para autorização do aparelho Após autorizado, anexa o despacho da autorização da SESA, faz a solicitação para a empresa.
--	--------------------------	---

**E) Checklist para Solicitação de Aparelho Assistente Tosse Coughassist**

ITEM	TIPO DE AÇÃO	OBSERVAÇÃO
1	<b>Solicitação oficial da SMS do município de origem do paciente</b>	Ofício da SMS para a Regional de Saúde solicitando o aparelho e informando a equipe multidisciplinar que atenderá o paciente
2	<b>Ficha Inicial de solicitação do aparelho.</b>	Preenchida em todos campos de forma legível, (Anexo IV),
3	<b>Prescrição médica</b>	Médico de referência <b><u>justifica a indicação do aparelho.</u></b>
4	<b>Cópia de Exame de gasometria</b>	Recente menos de 1 mês
5	<b>Cópia de Exame de Função Pulmonar</b>	Opcional
6	<b>Cópia de documentação pessoal e comprovante de residência</b>	Legível, comprovante de residência evidenciando o CEP.
7	<b>Relatório de visita domiciliar social</b>	Realizado pela Assistente Social do município

### ***F) Checklist para Solicitação de Aparelho CPAP***

1	<b>Solicitação oficial da SMS do município de origem do paciente</b>	Ofício da SMS para a Regional de Saúde solicitando o aparelho e informando a equipe multidisciplinar que atenderá o paciente
3	<b>Ficha Inicial de solicitação do aparelho.</b>	Preenchida em todos campos de forma legível, com o Parâmetro: <b><u>constando a pressão a ser utilizada – expiratória (EPAP) do aparelho</u></b> (Anexo V),
4	<b>Prescrição médica</b>	Médico de referência justifica a solicitação do aparelho,.
5	<b>Cópia de Exame de Polissonografia</b>	Recente menos de 3 meses
6	<b>Cópia de Exame de Função Pulmonar</b>	Opcional
7	<b>Cópia de documentação pessoal e comprovante de residência</b>	Legível, comprovante de residência evidenciando o CEP.
8	<b>Relatório de visita domiciliar social</b>	Realizado pela Assistente Social do município

**G) Checklist para Solicitação de Aparelho Oxímetro de Pulso**

1	<b>Solicitação oficial da SMS do município de origem do paciente</b>	Ofício da SMS para a Regional de Saúde solicitando o aparelho e informando a equipe multidisciplinar que atenderá o paciente
3	<b>Não necessário a Ficha Inicial de solicitação do aparelho.</b>	Solicitação sem a ficha inicial, pois a mesma é solicitada com outros aparelhos (Concentradores e ventiladores).
4	<b>Prescrição médica</b>	Informando o diagnóstico., justificativa da necessidade de monitorar a oxigenação do paciente por meio da oximetria de pulso no domicílio, período e horas de uso.
5	<b>Cópia de Exame de gasometria</b>	Recente menos de 1 mês
6	<b>Cópia de Exame de Função Pulmonar</b>	Opcional
7	<b>Cópia de documentação pessoal e comprovante de residência</b>	Legível, comprovante de residência evidenciando o CEP.
8	<b>Relatório de visita domiciliar social</b>	

**14- ANEXOS- FORMULÁRIOS DAS FICHAS INICIAIS DE SOLICITAÇÃO, ESPECÍFICO PARA CADA APARELHO.**

**ANEXO I- FICHA INICIAL DE CONCENTRADORES DE**



**GOVERNO**  
DO ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

**DADOS PESSOAIS DO PACIENTE**

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO: M ( ) F ( )

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO QUE PROVOCOU A NECESSIDADE DE ODP:
TEMPO DE DURAÇÃO DA DOENÇA ACIMA:
MEDICAÇÕES USADAS PARA A DOENÇA ACIMA:
Se DPOC: ( ) SIM ( ) NÃO
Se TABAGISTA: ( ) SIM ( ) NÃO
SINAIS DE HIPERTENSÃO PULMONAR: ( ) SIM ( ) NÃO Se SIM, QUAIS:

**GASOMETRIA (Em ar ambiente por pelo menos 30 minutos e 60 dias após a última exacerbação). DATA: / /**

PH:	PaO2	PaCO2
HCO3	BE	SaO2

**PRESCRIÇÃO DA OXIGENOTERAPIA**

CONCENTRADOS DE OXIGÊNIO DE: ( ) 5 L/Min ( ) 10L/Min ( ) PORTÁTIL
FLUXO DE O2: DIA: _____ L/Min NOITE: _____ L/Min



VIA DE ADMINISTRAÇÃO: ( ) MÁSCARA NASAL ( ) MÁSCARA FACIAL

**OBSERVAÇÃO:**

- 1- ANEXAR EXAME QUE COMPROVE O DIAGNÓSTICO CLÍNICO RESPONSÁVEL PELA NECESSIDADE DO BIPAP.
- 2- ANEXAR ESPIROMETRIA E/OU OUTRO EXAME DE PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR CASO HOVER.
- 3- SE HOVER A NECESSIDADE DE USO DE OXIGÊNIO, PREENCHER A FICHA INICIAL I.

Data do retorno: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Médico responsável pela Prescrição /CRM: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

SECRETÁRIA DA SAÚDE- 20º Regional de Saúde  
Rua: Rui Barbosa 1858, CEP 85905  
Fone (45) 3379.6900 Fax (45) 3379.6940e-mail: oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br



## ANEXO III- FICHA INICIAL DE CPAP

### DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL

DIAGNÓSTICO CLÍNICO QUE PROVOCOU A NECESSIDADE DO CPAP.

- ( ) SÍNDROME DA APNÉIA CENTRAL DO SONO.  
( ) SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO.  
( ) SÍNDROME DA HIPOVENTILAÇÃO/HIPOXEMIA RELACIONADA AO SONO.  
( ) OUTROS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS RELACIONADOS AO SONO  
( ) OUTRAS DOENÇAS.

TEMPO DE DURAÇÃO DA DOENÇA ACIMA:

SCORE DE ESCALA DE SONOLÊNCIA DIURNA DE EPWORTH:

DOENÇAS ASSOCIADAS:

OBESIDADE: ( ) SIM ( ) NÃO IMC: \_\_\_\_\_

TABAGISMO: ( ) SIM ( ) NÃO SE EX TABAGISTA: PAROU HÁ \_\_\_\_\_ ANOS

EXAME DE FUNÇÃO DA TIREÓIDE: a) T3: \_\_\_\_\_ b) T4: \_\_\_\_\_ c) TSH: \_\_\_\_\_

### PRESCRIÇÃO MÉDICA DO CPAP

PRESSÃO A SER UTILIZADA NO CPAP:

HORAS DE USO:

VIA DE ADMINISTRAÇÃO: ( ) MÁSCARA NASAL ( ) MÁSCARA FACIAL ( ) TRAQUEOSTOMIA

**OBSERVAÇÃO:**

- 1- ANEXAR OBRIGATORIAMENTE, LAUDO DA POLISSONOGRAFIA SEM CPAP RECENTE (ATÉ 3 MESES).
- 2- ANEXAR OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES QUE COMPROVEM A DOENÇA
- 3- SE HOUVER A NECESSIDADE DE USO DE OXIGÊNIO, PREENCHER A FICHA INICIAL I.

Data do retorno: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Médico responsável pela Prescrição /CRM: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

SECRETARIA DA SAÚDE- 20º Regional de Saúde

Rua: Rui Barbosa 1858, CEP 85905

Fone (45) 3379.6900 Fax (45) 3379.6940 e-mail: [oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br](mailto:oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br)

## ANEXO IV- FICHA INICIAL DE VENTILADOR PULMONAR DOMICILIAR



NOME:

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

DIAGNÓSTICO CLÍNICO QUE COMPROVE A NECESSIDADE:

TEMPO DE DURAÇÃO DA DOENÇA ACIMA:

MEDICAÇÕES EM USO PARA A DOENÇA:

DOENÇAS ASSOCIADAS:

OBESIDADE: ( ) SIM ( ) NÃO PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

MODO VENTILATÓRIO:

PARÂMETROS: 1) PRESSÃO/VOLUME:

2) PEEP:

3) FIO2:

4) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:

PERÍODO E HORAS DE USO:

NECESSITA DE OXÍMETRO DE PULSO: ( ) SIM ( ) NÃO

**IMPORTANTE:**

- 1- Anexa o exame que comprove o diagnóstico

- 2- Anexar gasometria  
3- Anexar prescrição médica do ventilador pulmonar domiciliar  
4- Caso necessite de concentrador de O2, preencha ficha inicial que segue abaixo.

**OBSERVAÇÃO**

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná fornece o ventilador pulmonar domiciliar para os pacientes que apresentam diagnóstico compatível com a utilização desse equipamento em ambiente domiciliar, ou seja, o paciente deve se manter estável e seguro ao uso do ventilador pulmonar em seu domicílio.

Data do retorno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Médico responsável pela Prescrição /CRM: \_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura**

SECRETARIA DA SAÚDE- 20º Regional de Saúde  
Rua: Rui Barbosa 1858, CEP 85905  
Fone (45) 3379.6900 Fax (45) 3379.6940e-mail: oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br

**ANEXO V- FICHA INICIAL DE COUGHASSIST**



**DADOS PESSOAIS DO PACIENTE**

NOME: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO (ANEXAR EXAME QUE COMPROVE O DIAGNÓSTICO): \_\_\_\_\_  
DURAÇÃO DA DOENÇA ACIMA: \_\_\_\_\_  
EQUIPAMENTOS DE VENTILAÇÃO/OXIGENOTERAPIA EM USO: \_\_\_\_\_  
DOENÇAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_  
TABAGISTA: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) EX TABAGISTA, PAROU HÁ \_\_\_\_\_ ANOS

**GASOMETRIA: DATA: / /**

PH:	PaO2	PaCO2
HCO3	BE	SaO2

**PRESCRIÇÃO MÉDICA DO COUGHASSIST**

JUSTIFICATIVA PARA INDICAÇÃO DO EQUIPAMENTO: \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA DO USO/DIA:

**OBSERVAÇÃO:** A Pressão utilizada para o funcionamento do equipamento será determinada pelo fisioterapeuta no momento da instalação, baseado no peso, altura e idade do paciente.

**Data do retorno:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Médico responsável pela Prescrição /CRM:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura**

**SECRETÁRIA DA SAÚDE- 20º Regional de Saúde**  
Rua: Rui Barbosa 1858, CEP 85905  
Fone (45) 3379.6900 Fax (45) 3379.6940e-mail: [oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br](mailto:oxigenoterapia20rs@sesa.pr.gov.br)