



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBAITI
IBAITI - PARANÁ

FLUXO OXIGENOTERAPIA EM DOMICÍLIO – IBAITI

Pacientes que necessitem de Oxigenoterapia em Domicílio após a alta hospitalar, primeiramente terão suporte pelo Município de Ibaiti de forma imediata e provisória, porém é necessário a solicitação pela 19ª Regional de Saúde do Paraná concomitantemente, para tratamento em domicílio contínuo.

Dessa forma, fica estabelecido o seguinte fluxo:

1 - Solicitar pelo Serviço Social da UBS - central o **empréstimo de válvula de Oxigênio e instalação do Cilindro de O²** pela Secretaria Municipal de Saúde de Ibaiti de forma imediata.

Sendo necessários os documentos: **cartão do SUS, RG, CPF, Comprovante de Endereço e Prescrição médica.**

2 - Acompanhamento da **equipe de atenção básica** de imediato, afim de dar **suporte e orientação** quanto ao uso do oxigênio em domicílio, **registrando** todas as atividades no sistema **E-SUS**.

IMPORTANTE: Cabe a/ao enfermeira/o acompanhar o controle de entrega de cilindros, registrando e assinando o recebimento em formulário próprio, conforme **ANEXO 1** (Necessário duas vias, primeira via para o faturamento e segunda via para arquivo e controle das equipes da atenção básica).

Observação 1: Aos finais de semana e feriados, a empresa pode realizar instalação a pedido do paciente e/ou família, visto que é um suporte que não pode ter interrupção, no entanto, o formulário deve ser preenchido e assinado junto à equipe de saúde no primeiro dia útil subsequente.

Observação 2: A EMPRESA RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DEVERÁ APRESENTAR AS GUIAS ASSINADAS PARA FATURAMENTO E PAGAMENTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

3 - Concomitantemente, a **equipe de atenção básica** deve **providenciar a documentação** para o suporte de **Oxigenoterapia em Domicílio pela 19ª Regional de Saúde do Paraná**, seguindo o protocolo do **ANEXO 2** e ficha de solicitação no **ANEXO 3**.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBAITI
IBAITI - PARANÁ

ANEXO 1



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBAITI
IBAITI - PARANÁ

FICHA DE ENTREGA DE OXIGÊNIO DOMICILIAR (POR CILINDRO)

DADOS DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE:	
RG:	
CPF:	
CARTÃO SUS:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
MÉDICO PRESCRITOR:	

DADOS DO RECEBEDOR	
NOME DO RESPONSÁVEL:	
RG:	
CPF:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
ASSINATURA:	

CONFERÊNCIA PELA EQUIPE DE SAÚDE	
NOME DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:	
NOME DA (O) ENFERMEIRA(O) RESPONSÁVEL:	
COREN:	
ASSINATURA E CARIMBO:	

INSTALAÇÃO E DESINSTALAÇÃO	
DATA DA INSTALAÇÃO:	
DATA DA DESINSTALAÇÃO:	

NOME DO ENTREGADOR:	
CPF:	
ASSINATURA:	

(Essa ficha deve ser preenchida integralmente, caso possua informações em branco ou ilegíveis, não será contabilizada para pagamento)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBAITI
IBAITI - PARANÁ

ANEXO 2

Checklist para Solicitação de ODP

1. Avaliação dos documentos e exames do paciente, pelo médico auditor da Regional de Saúde, estabelecendo uma ordem de prioridade de instalação de acordo com dois critérios:
 - a) Quadros clínicos mais graves e/ou com diagnósticos em estágios mais avançados. Baseando-se no fato de que a grande maioria dos usuários do programa tem diagnóstico de DPOC, utilizar classificação baseada no Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD):

Estadio 0: Risco de DPOC

Caracteriza-se por tosse crônica e produção de expectoração, em indivíduos expostos à inalação de partículas ou gases nocivos. A função pulmonar, avaliada através de espirometria, é normal.

Estadio I: DPOC Ligeira

Caracteriza-se por limitação ligeira do débito aéreo e, em regra mas nem sempre, acompanha-se de sintomas. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 \geq 80\%$ do predito.

Estadio II: DPOC Moderada

Caracteriza-se por agravamento da limitação ventilatória e, geralmente, por progressão de sintomas, desenvolvendo-se dispnéia em situação de esforço. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 < 80\%$ do predito, mas $\geq 50\%$.

Estadio III: DPOC Grave

Caracteriza-se por uma limitação ventilatória mais grave. A repetição de exacerbações tem impacto negativo na qualidade de vida do doente e requer controle apropriado, podendo colocar a vida em risco. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 < 50\%$ do predito, mas $\geq 30\%$.

Estadio IV: DPOC Muito Grave

Caracteriza-se por limitação ventilatória muito grave, frequentemente associada a insuficiência respiratória crônica ou falência do coração direito. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 < 30\%$ do predito ou, então, sendo maior que este valor desde que exista insuficiência respiratória associada.

b) Crianças, adolescentes e idosos acima de 60 anos.

2. **Ficha Inicial preenchida de forma legível, em todos os seus itens exceto os opcionais, pelo médico que fez a prescrição da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.**
3. **Anexar a prescrição do médico assistente contendo fluxo de oxigênio, via de administração e tempo diário de uso.**
4. Cópia do Exame de Gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso.
5. Gasometria deverá ser recente – 1 mês.
6. Anexar Cópia de Exames de Prova de Função Pulmonar (opcional).
7. **Anexar uma cópia da documentação pessoal do paciente (RG / Carteira de Habilitação / etc...).**
8. **Cópia do Cartão Nacional do SUS.**
9. **Anexar comprovante de residência no nome do paciente e atualizado.**

10. Telefone Residencial e Telefone Celular.

11. Relatório de Visita Domiciliar da Assistente Social que deve verificar:

- Condições de Escolaridade.
- Condições da Residência.
- Condições Financeiras
- Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente.

12. Informativo por parte da SMS do Município de residência do paciente, com informação de qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente que utiliza a ODP, identificando nome e telefone de contato da equipe.

13. A SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBAITI
IBAITI - PARANÁ

ANEXO 3



Ficha Inicial de Oxigenoterapia

1. Nome:

2. Idade: 3. Data de Nascimento:

4. Sexo: F () M ()

5. Diagnóstico Clínico que provocou a necessidade de ODP

6. Tempo de duração da doença acima

7. Medicamentos em uso para a doença acima

8. Se DPOC: () S () N B₂- AGONISTAS DE LONGA DURAÇÃO INALATÓRIO

() S () N Tiotrópio

() S () N Ipratrópio

9. Ex Tabagismo () S () N

10. Parou há quanto tempo?

11. Sinais de hipertensão pulmonar () S () N

12. Quais:

Gasometria (colhida em ar ambiente, após repouso de 30 minutos e após 60 dias após a última exacerbação, com medicação otimizada).

Data: / /

13. pH 14. PaO₂ 15. PaCO₂

16. HCO₃ 17. BE 18. SaO₂

Espirometria (Opcional): Data: / /

19. CVF % 20. VEF1 L 21. VEF1/CVF= %

22. Teste da caminhada dos 6 minutos (Opcional):

23. Saturação de Oxigênio, nas mesmas condições da gasometria arterial (Opcional):

Prescrição da Oxigenoterapia

24. Fonte: Concentrador de O2 ()

Obs: Outras fontes de O2 não são fornecidas regularmente pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

25. Fluxo de O2 _____ L/min(dia)

_____ L/min(noite)

_____ L/min(esforços)

26. Tempo de Uso:

() 1. 24 h/dia

() 2. 18h/ dia

() 3. 15 h/dia

27. Via de administração:

() 1. Catéter nasal :

() 2. Transtraqueal

() 3. Máscara de VNI

28. Saturação de Oxigênio com o fluxo de O2 prescrito:

29. Necessidade de Oxímetro de Pulso: () sim () não

Data do retorno: ____/____/____

Médico responsável pela prescrição

Nome: _____

CRM: _____