



DOCUMENTAÇÃO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

- Cópia do cartão SUS de Goiânia;
- Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF)
- Cópia do RG do responsável – se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente;
- Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo) com validade até 90 dias à abertura do processo;
- Receita Médica do SUS com consulta regulada - Contendo a concentração que será usada pelo paciente
- Formulário para Oxigênio Domiciliar – Preenchido por médico do SUS com consulta regulada

EXAMES OBRIGATÓRIOS (Cópia)

- Gasometria arterial em repouso do uso de O₂ (OBS: Caso não consiga realizar o exame em repouso, informar a quantidade de O₂ usado na hora da coleta no relatório médico) - **com validade até 30 dias à data de abertura do processo;**
- Laudo da Tomografia de tórax ou do Raio-X do tórax;
- Hemograma Completo;

EXAME COMPLEMENTARES (Cópia)

- Laudo da Espirometria;
- Laudo do Ecocardiograma com pressão arterial / pulmonar;
- Laudo da Polissonografia em caso de SAOS ou Hipoxemia Noturna;
- Laudo do Teste de Caminhada;

Procurar a Gerência de Bens Não Padronizados para realizar a abertura do processo. Endereço: Paço Municipal, Av. do Cerrado nº 999 - Bloco D - Térreo - Park Lozandes - Goiânia – GO CEP 74.884-900 Fone: (62) 3524-1687

- Receita e Relatório deverão ser do mesmo profissional, apresentados **SEPARADAMENTE**, devidamente assinados, carimbados e datados;
- NA AUSÊNCIA DE QUAISQUER DOCUMENTOS, O PROCESSO NÃO SERÁ PROTOCOLADO.



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde
Diretoria de Apoio Logístico e Assistencial
Gerência de Bens Não Padronizados

FORMULÁRIO PARA OXIGÊNIO TERAPIA DOMICILIAR

Nome do paciente: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____

Hipótese Diagnóstica: _____

C.I.D.: _____

Gasometria Arterial realizada usando oxigênio: () Sim () Não

Se SIM, qual fluxo? _____

O paciente realizará atividades/Terapias externas: () Sim () Não

Relatório Médico:

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico solicitante
