



OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

- () **Cópia do cartão SUS de Goiânia;**
- () **Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF) – se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente, necessário anexar cópia do RG do responsável;**
- () **Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até 90 dias à abertura do processo) – caso o comprovante de endereço esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento;**
- () **Receita médica original em formulário do SUS com consulta regulada – contendo a concentração de oxigênio indicada;**
- () **Relatório médico original em formulário do SUS com consulta regulada – contendo o diagnóstico em conformidade com o CID/10, histórico detalhado, quadro clínico atual e previsão do tempo de uso.**
- () **Formulário para solicitação de oxigenoterapia domiciliar - fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde.**

Cópia dos exames:

- () Raio-X do tórax;
- () Gasometria arterial de repouso;
- () Dosagem do hematócrito / hemograma;
- () Espirometria;
- () Ecocardiograma com medida de pressão arterial / pulmonar;
- () Polissonografia em caso de SAOS.

OBSERVAÇÕES:

- Receita e Relatório deverão ser do mesmo profissional, apresentados **SEPARADAMENTE**, devidamente assinados, carimbados e datados;
- SUS – Tele Agendamento: 0800-646 1560 ou se for área de abrangência de CSF procurar a Unidade para agendar consulta. **Imprescindível a consulta regulada pela Rede do Sistema Único de Saúde.**



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGÊNIO TERAPIA
DOMICILIAR

Nome do paciente: _____

R.G.: _____ C.P.F.: _____ . _____ . _____ - _____

Número do cartão SUS de Goiânia: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Relatório Médico: _____

Exames que documentam esta indicação:

1) RXTX: _____

2) Espirometria: _____

3) Gasometria arterial de repouso: _____

4) Hematócito: _____

5) Polissonografia: _____

6) Ecocardiograma c/ PsaP: _____

Goiânia, _____ de _____ de 2018.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante