

## ANEXO 02

### **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR:**

1 - Laudo médico lavrado por médico integrante do Sistema Único de Saúde, **LEGÍVEL**, contendo os dados do paciente – no mínimo nome, número do Cartão Nacional de Saúde e endereço, e de identificação do médico (CPF, CRM e carimbo) contendo a descrição da patologia com CID, **Indicação de tratamento de oxigenoterapia e do fluxo adequado de oxigênio**, com assinatura e carimbo do médico.

2 -Cópia de comprovante de residência (água, luz...)

3 - Cópia documento de identidade/ e CPF do paciente

4 - Cópia do Cartão SUS do paciente

5 - Cópia exame de Hemograma

6 - Cópia de Eletrocardiograma com laudo cardiologista

7 -Cópia do laudo de Raio X de tórax –

8- Cópia do exame de **Gasometria Arterial** – **NÃO FAZER COM USO DO OXIGENIO**

9- Cópia documentos do responsável (RG E CPF)

11 – Preencher requerimento padronizado para encaminhamento de avaliação para oxigenoterapia domiciliar (conforme modelo abaixo).

12 – **Todos os exames devem ser atuais (no máximo 45 dias da data da solicitação) e necessitam ter a assinatura do executante ou responsável pelo laudo com carimbo.**

### **ROTINA:**

Será aberto **processo administrativo** e após análise por profissionais da Secretaria de Saúde, comunicado o deferimento ou indeferimento do solicitado.

**REQUERIMENTO PADRONIZADO PARA AVALIAÇÃO DE  
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

**A**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**NÃO-ME-TOQUE/RS**

**Ref.: Solicitação de Oxigenioterapia Domiciliar**

**1. Dados do paciente:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ -Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

OBS: Obrigatório anexar cópia do Comprovante de Endereço, cartão SUS, RG e CPF.

**2. Dados da Doença** CID : \_\_\_\_\_

**É obrigatório anexar laudo emitido por médico da rede pública com diagnóstico, CID, e prescrição de tratamento.**

**3. Exames complementares – (obrigatório anexar exames):**

- Gasometria arterial em repouso, coletada em ar ambiente
- RX e/ou tomografia do tórax
- Hemograma
- Eletrocardiograma e/ou ecocardiograma

**6. Dados do Médico do paciente/solicitante: (ou carimbo)**

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

**Não-Me-Toque/RS em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável