N° 01	**Normas de Rotinas**

Processo: **Oxigenoterapia Domiciliar**

Local de Abrangência: **Rede Municipal de Saúde**

NORMAS
Objetivo: Padronizar os encaminhamentos e rotina mensal do benefício de oxigenoterapia domiciliar.

N° Ações	Agente	Ação
01	**Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem**	**<u>Processo</u>** Oxigenoterapia Domiciliar **Documentos necessários:** ► Xerox RG e CPF; ► Xerox Comprovante de residência; ► Xerox do Cartão Nacional do SUS; ► Gasometria arterial Original recente **ATÉ 1 MÊS**; ► Ficha de Solicitação Médica Preenchida e Assinada (FICHA 1); ► Ficha de Cadastro de Paciente Preenchida e assinada pelo usuário ou responsável no final da folha (FICHA 2); Esta solicitação e ficha de cadastro está disponível em: https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/index.php?title=OXIGENOTERAPIA **Ficha 1 – FICHA MÉDICA** ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR **Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar** **Informações do Paciente:** Nome:_____ Peso: _____ Kg Idade:_____ anos Município (SC):_____ Patologias pulmonares: CID10: / Patologias associadas: CID10: 1. / 1. 2. / 2. Paciente hospitalizado? ( ) Sim* ( ) Não — Tabagismo atual? ( ) Sim** ( ) Não *Hospital: — **Encaminhar para tratamento de tabagismo. Data da última exacerbação da doença pulmonar (se aplicável): ___/___/___ **Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:** **Atenção,** processos que não se encaixam nas duas indicações abaixo, possivelmente serão INDEFERIDOS: [1] PO_2 < 55 mmHg ou Sat O_2 < 88% (a Sat O_2 será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia) [2] PO_2 entre 55 e 60 mmHg ou Sat O_2 < 89% (APENAS quando há hipertensão pulmonar, Hto > 55% ou edema periférico) Gasometria arterial [anexar ao processo] — Data / pH / PCO_2 / PO_2 / Bicarb. / BE / Sat O_2 **Atenção:** Exame RECENTE (até 30 dias), coletado SEM O_2 complementar, com o paciente em REPOUSO (aprox. 10 min) e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo da alta hospitalar) ( ) Paciente pediátrico, não foi coletada a gasometria arterial. Anexado laudo médico ao processo. ( ) Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico):_____ **Dados da Solicitação:** Fluxo de O_2: ( ) 1l/min ( ) 2l/min ( ) 3l/min ( ) l/min — **Fluxos > 3l/min precisam de titulação por gasometria arterial** Tempo de uso diário: h/dia (15-24 horas/dia) — **Tempo de uso inferior a 15h/dia não gera benefício terapêutico** Obs: _____ **Dados do Médico Solicitante:** Nome:_____ CRM/SC: _____ E-mail: _____ Telefones de contato: _____ ; _____ Especialidade: ( ) Pneumologia ( ) Outra [_____] Observações: _____ Data: ___/___/___ _____ Carimbo e assinatura do médico DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC: http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>

Ficha 2 – FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR

FICHA DE CADASTRO

1. Identificação do Paciente

Nome:
CPF: _____ Doc. Identidade: _____
Cartão Nacional de Saúde: _____
Data Nascimento: ___/___/___ Sexo: _____ Estado Civil: _____
CEP: _____-____ Município: _____ Macro: _____
Logradouro: nº
Bairro: _____
Ponto de Referência _____
Telefones para contato: ( ) ( ) ( )

2. Identificação do Responsável

Nome:
CPF: _____ Doc. Identidade: _____
Grau de Parentesco com o Paciente: _____ Telefone: ( ) _____

3. Situação de Saúde do Paciente

Unidade de Saúde (PSF) Telefone: ( )
Nome do técnico responsável: _____
Fumante ( ) Quanto tempo: _____
Não fumante ( ) Nunca fumou ( ) Fumou por quanto tempo:
Parou há quanto tempo: _____ Média de cigarros por dia: _____

4. Parecer da Situação

_____

Eu, abaixo assinado(a), assumo a veracidade das informações acima descritas, com base em documentação apresentada, bem como das declarações recebidas do paciente, ou do responsável, que comigo assina e se identifica neste documento.

Local, data, telefone, assinatura e carimbo do técnico responsável:

Nome e assinatura do paciente e/ou responsável:

</td>
</tr>
<tr>
<td>02</td>
<td>Enfermeiro</td>
<td>

Critérios Para Recebimento de O2:

► **Para pacientes adultos –** o exame de gasometria arterial deve ser recente, menor de 30 dias, PaO2 ≤ 55 mmHg ou SaO2 ≤ 88% em repouso sem acidemia na gasometria arterial;

• PaO2 entre 56 e 59 mmHg ou SaO2 ≤ 89% associado a:

• Edema periférico;

• Evidência de hipertensão pulmonar;

• Hematócrito ≥ 55%.

► **Para pacientes pediátricos –** relatório médico detalhado com a descrição de medição de saturação por oximetria de pulso < 90%.

NÃO é necessário gasometria arterial.

</td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>Enfermeiro</td>
<td>

Passos para Instalação do Oxigênio no Domicílio:

► O processo de instalação do oxigênio a domicílio é feito pela Enf. Francine (Policlínica), responsável pelo Oxigênio no município

► Toda a solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar deve ser solicitado ao familiar procurar a enfermeira Francine (Policlínica), para não perder a data do exame de gasometria.

</td>
</tr>
</table>

Enfermeiro

<u>Rotina Mensal do Oxigênio no Domicílio:</u>

► Os cateteres de O2 serão enviados por malote para a unidade de saúde de referência do paciente.

► O Enfermeiro da ESF deverá realizar visita mensal para averiguação do quadro clínico do paciente, entrega dos cateteres e orientações ao paciente e familiares.

► Preencher o relatório de visita domiciliar (ficha 3)

► Encaminhar o relatório de visita domiciliar via malote para Policlínica aos cuidados da Enfermeira Francine.

► **Os relatórios devem ser encaminhados até dia 09 de todo mês.**

► <u>Sugestão:</u> o primeiro dia do mês de carro para VD da UBS poderá ser reservado para realizar as visitas dos pacientes de O2.

<u>Ficha 3 – RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR</u>

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL (PSF)

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL N.º _____
MUNICÍPIO: _____ DATA DA VISITA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
ENDEREÇO ATUAL: _____
TELEFONE CONTATO ATUALIZADO: _____

EQUIPAMENTOS EM USO

CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO ( ) (litros por minuto e horas por dia)	VENTILAÇÃO ASSISTIDA ( )
1. Quantidade Prescrita pelo médico do SOD (Guia de Autorização de Serviço – GAS): ____ L/min _____horas/dia	1. Tipo: CPAP( ) BIPAP( ) BIPAP SYNCRONY ( )
2. Quantidade utilizada pelo paciente: ____ L/min _____horas/dia	2. Quantidade utilizada pelo paciente: ____horas/24h _____noites/semana

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

1. Qual a doença de base do paciente?	( ) DPOC ( ) ASMA ( ) DOENÇA INTERSTICIAL ( ) CARDIOPATIAS ( ) OUTRAS: _____
2. O paciente foi internado nos últimos 30 dias? SIM ( ) NÃO ( )	Se sim: Quantos dias? _____ Motivo:
3. Quais as condições de saúde do paciente? (Está estável? Apresentou melhora do cansaço? Está adaptado ao equipamento?)	- TRAQUEOSTOMIA: ( ) SIM ( ) NÃO - SINTOMAS / QUEIXAS ( ) ERUCTAÇÃO MATINAL ( ) CEFALÉIA ( ) OLHOS SECOS ( ) ESPIRROS FREQUENTES ( ) CONGESTÃO NASAL ( ) RINORRÉIA ( ) OUTROS:
4. Medicações para DOENÇA PULMONAR em uso? O paciente utiliza corretamente as medicações? SIM ( ) NÃO ( )	( ) SALBUTAMOL SPRAY (Aerolin) ( ) BROMETO DE IPRATRÓPIO SPRAY (Atrovent) ( ) BECLOMETASONA (MIFLAZONA) ( ) FORMOTEROL+BUDESONIDA (Alenia/ Forasep/ Symbicort) ( ) FORMOTEROL+BECLOMETASONA (Fostair) ( ) SALMETEROL+FLUTICASONA (Seretide) ( ) BROMETO DE TIOTRÓPIO RESPIMAT (Spiriva) ( ) CLORIDRATO DE OLODATEROL RESPIMAT (Striverdi) ( ) VILANTEROL+FLUTICASONA (Relvar) ( ) BROMETO DE GLICOPIRRONIO (Seebri) ( ) OUTRAS
5. O paciente é tabagista? ( ) ATIVO ( ) EX-TABAGISTA ( ) NUNCA FUMOU Já foi encaminhado ao Programa de Controle do Tabagismo? _____ Recusou-se? _____	6. O paciente usa o equipamento conforme prescrição médica? ( ) Sim ( ) Menos tempo do que prescrito ( ) Apenas nas crises de falta de ar ( ) Não usa 7. O paciente usa o aparelho toda a noite? SIM ( ) NÃO ( )

CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO

1. Mantém condições mínimas de higiene no local de instalação do equipamento? SIM ( ) NÃO ( )	2. O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente? SIM ( ) NÃO ( ) Se não, qual o problema detectado?

DEMANDAS DO PACIENTE E FAMILIARES

_____
_____

ORIENTAÇÕES DADAS AO PACIENTE:

( ) Rever com médico assistente suspensão de O2 domiciliar ( ) Rever com médico assistente fluxo adequado O2 domiciliar (titulação) ( ) Melhorar cuidados com aparelho ( ) Cessação tabagismo ( ) Avaliar ajuste no tratamento medicamentoso da doença pulmonar ( ) Outras: _____	( ) Rever com médico assistente suspensão do CPAP/BIPAP ( ) Rever com médico assistente ajustes na pressão ( ) Melhorar cuidados com aparelho ( ) Rever com medico assistente ajustes na máscara ( ) Cuidados traqueostomia ( ) Outras: _____

REGISTRO DA VISITA

_____	_____	_____
Assinatura do paciente ou cuidador	Assinatura e carimbo do técnico que realizou a visita	Assinatura e carimbo do médico responsável (PSF ou SMS)

<u>IMPORTANTE:</u>

* Caso o paciente for a óbito, solicitar ao familiar a CÓPIA da certidão de óbito e encaminhar por malote para Enf. Francine (Policlínica).

* Caso paciente mudar de endereço, ou foi morar com algum familiar, solicitar CÓPIA do novo comprovante de residência e encaminhar por malote para Enfermeira Francine da Policlínica, para atualizar os dados do cadastro e continuar recebendo o O2.

	Enfermeiro	**EM FÉRIAS COLETIVAS:** **Passos para Instalação do Oxigênio no Domicílio** ► Encaminhar e-mail para os seguintes endereços eletrônicos: • atendimento_hcsul@praxair.com • repositorio_atendimento_hcsul@praxair.com • wmhomecare@sac.whitemartins.com.br • melissa.silva@linde.com • policlinica@smsbrusque.sc.gov.br • **e-mail da Unidade de Saúde de referência do paciente.** Abaixo os dados necessários para a solicitação de Oxigênio, descrever no texto do e-mail: **Exemplo:** Por gentileza, instalar oxigênio a nova usuária de Brusque, conforme dados abaixo: **Nome:** **DN**: **Endereço:** **Fone:** **Prescrição:……**lts/min, por …….. horas/dia ESF segue em cópia para a realização da visita mensal, conforme rotina de oxigênio. Na sequência, a empresa *White Martins* tem um prazo de 72 horas para instalação na residência do paciente, sendo que o contato com os familiares é realizado por eles. Caso necessitem podem ligar para: **0800 709 9000** ou **(21) 3279-9757** *** No caso de óbito, solicitar ao familiar a cópia da certidão de óbito e encaminhar e-mail para os endereços citados acima, solicitando o recolhimento do oxigênio.**

Elaborado por:
Enfermeira Danieli Martins – COREN SC 213588 – Responsável Técnica
Enfermeira Francine Zorzo – COREN SC 0254502 – Enfermeira Policlínica Brusque

Elaborado em: 30 de outubro de 2023