

Título: Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-495 - V.0

Fase: Vigente

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome: _____ Sexo: _____

Matríc./IPASGO: _____ CPF.: _____

RG.: _____ Data/Emissão: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____

Quadra: _____ Lote: _____ Nº. _____ Complemento: _____

Bairro/Setor: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Estado: _____ Tel. Res.: () _____ Cel.: () _____

E-mail: _____

2 – DADOS DO SOLICITANTE:

Nome: _____ Sexo: _____

CPF.: _____ RG.: _____ Data/Emissão: _____

Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____

Quadra: _____ Lote: _____ Nº. _____ Complemento: _____

Bairro/Setor: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Estado: _____ Tel. Res.: () _____ Cel.: () _____

Email: _____

Em, _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Solicitante

3 – DOCUMENTOS PARA AUTUAÇÃO DO PROCESSO:

- Relatório Médico com letra legível, carimbo/CRM e data, solicitando oxigênio domiciliar
- Gasometria arterial até 15 dias (30 minutos sem O2 suplementar)
- Cópia dos documentos pessoais do usuário e solicitante
- Cartão do IPASGO
- Comprovante de Endereço do Usuário (verificar área de atendimento)
- Preencher e assinar formulário: Oxigenoterapia Domiciliar

Título: Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-495 - V.0

Fase: Vigente

4 – CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA

O Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais – PERCE, regulamentado pela Portaria Normativa do IPASGO nº 7-2017/PR, cujo funcionamento é estruturado em diferentes formas de atendimentos extra-hospitalares aos usuários que atendam aos requisitos de elegibilidade preestabelecidos para fruição dos serviços pelos portadores de doenças crônicas, bem como da disponibilização dos procedimentos de suporte para o atendimento domiciliar aos usuários elegíveis e cadastrados conforme dados de protocolo técnico.

O serviço de oxigênio domiciliar será autorizado aos pacientes com insuficiência respiratória crônica, resultante da fase final de diversas patologias respiratórias como doença pulmonar crônica, doença pulmonar parenquimatosa difusa, neoplasias do sistema respiratório, entre outras.

Para controle de fornecimento de oxigênio domiciliar, os pacientes serão avaliados pelos médicos auditores do IPASGO, mediante apresentação de relatório médico assistente, indicando e justificando a necessidade do serviço, acompanhado de exames comprobatórios de hipoxemia crônica (gasometria arterial dos últimos 15 dias).

São considerados elegíveis para o recebimento do serviço de oxigênio domiciliar os pacientes que atendem aos seguintes parâmetros de avaliação: I – PaO₂ menor ou igual a 55mmHG e/ou saturação menor ou igual a 88%, definidos pela gasometria arterial; II – PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou saturação igual a 89% e sinais compatíveis com core pulmonal ou insuficiência cardíaca congestiva ou policitemia (hematócrito > 55%); III – queda da saturação menor ou igual a 88% aos esforços ou durante o sono.

A análise de elegibilidade do paciente para o recebimento do serviço de oxigênio domiciliar será realizada individualmente e de forma objetiva, com referência nos documentos apresentados, bem como a área de abrangência de atendimento pelo Ipasgo (Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade e Anápolis).

Não será exigido o comparecimento do paciente requerente a sede do IPASGO, ficando autorizada a entrega do relatório e exames pelo familiar responsável.