

ORIENTAÇÕES

CIDADÃO

ANA RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 28686217672 CNS: 700508719160755

70 anos e 11 meses no dia deste atendimento

ORIENTAÇÕES

SOLICITO FORNECIMENTO DE BIPAP DOMICILIAR + MATERIAS NECESSÁRIOS A SEGUIR, COM URGENCIA :

- BIPAP (IPAP 10 cmH2O/EPAP 5 cm H2O)
 - CIRCUITO + MÁSCARA FACIAL
 - CONECTOR DE O2 E VÁLVULA EXALATÓRIA
 - NOBREAK
- CID : J449

Maira Schmidt Miranda Homem - CRM - MG 62510
MÉDICO CLÍNICO
São José do Alegre - MG, 17 de outubro de 2024



RECEITUÁRIO

Solicito materiais para uso de bipap domiciliar referente a paciente

Ana Ribeiro de Oliveira:

- BIPAP (IPAP 10 cmH20/ EPAP 5 cmH20)
- Circuito + Máscara Facial
- Conector de O2 e Válvula exalatória
- Nobreak

Dra. Inês Souza Faria
CRM 90428
Fórmula 1500

Mãe Ana Claudie



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Complementação de instalação	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
	X				

Dados Cadastrais do Paciente					
Nome do Paciente: Ana Ribeiro De Oliveira					
Idade: 70 anos		Data de Nascimento: 06/11/1953		Telefone:	
RG:			CPF:		
Endereço:					
Bairro:			CEP:		Cidade/ UF:
Email:					
Ponto de referência:					

Dados da Prescrição Médica						
Doença Pulmonar:					CID:	
Doenças Associadas:					CID:	
Gasometria Arterial (anexar resultados)						
Data:						
pH:	PaCO ₂ :	PaO ₂ :	SaO ₂ :	%	HCO ₃ :	BE:
Dados da Solicitação do(s) equipamento(s):						
() CONCENTRADOR DE OXIGENIO: Litragem por-minuto / se contínuo (24h) ou não / cateter ou máscara de traqueostomia;						
() CPAP: Se necessário umidificador / máscara nasal ou facial. Polissonografia Diagnóstica e de Titulação;						
(X) BIPAP: Parâmetros para programação do equipamento / se necessário umidificador / se traqueostomia ou não;						
() ASPIRADOR ELÉTRICO: Se necessário aspiração / traqueostomia ou não.						
Fluxo:	litros/min	Horas/dia: 24 hs			Voltagem: 110V (X) 200V ()	
Via de utilização:	Cateter nasal ()	Extensão ()	Umidificador ()	Traqueostomia ()	Máscara (X)	

Dra. Inagara Souza Faria
CRM 90428
R. 150154

Assinatura e carimbo do Médico Responsável

Nome do Solicitante

Obs.:		
Data:	Horário da Solicitação:	Urgente: () Sim () Não