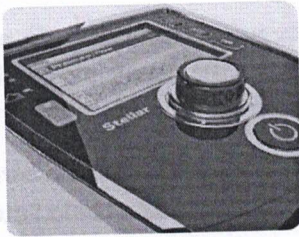




DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 01 de julho de 2024

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO				
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Secretaria Municipal de Saúde/Serviço de Atenção Domiciliar				
Responsável pela Demanda: Glayce Camargo Flores da Cunha Fernandes				
E-mail: melhoremcasamc@gmail.com			Telefone: (34) 3819-1303	
Objeto: Locação do ventilador mecânico Stellar para o paciente Fausto Roberto Ferreira, residente Rua Odilon Rodrigues de Oliveira, nº 73 – Boa Vista				
				
Justificativa da necessidade da contratação: O ventilador mecânico Stellar destina-se à ventilação de pacientes adultos e pediátricos, com respiração espontânea (com 13 kg ou mais) com insuficiência respiratória, ou falha respiratória, com ou sem apneia obstrutiva do sono. O dispositivo destina-se à utilização não invasiva ou invasiva. O paciente Fausto Roberto Ferreira, possui diagnóstico de ELA, doença neurodegenerativa, além de comprometimento ventilatório. Atualmente paciente encontra com equipamento BIPAP SYNCHRONY que não permite telemonitoramento remoto, motivo pelo qual necessita da substituição para o equipamento BIPAP Stellar, conforme solicitado no relatório em anexo da equipe multidisciplinar do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Para que possamos cumprir os princípios e diretrizes da lei 8080/90, e a segurança do paciente devido a progressão da doença melhorando a qualidade de vida, necessitamos que seja realizada a locação do BIPAP Stellar.				
Descrições e quantidades				
Item	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	UND	FORMA	QUANTIDADE
01	Ventilador mecânico Binível Stellar Modem para telemonitoramento No break Umidificador externo e copo umidificador Dois circuitos de ventilação não invasiva sem válvula exalatória próprios do ventilador mecânico instalado (ramo simples com fuga intencional) Mascara facial para ventilação não invasiva.	01	locação	01



Prazo de Entrega/ Execução:

- A entrega ou retirada deverá ser realizada em até 72 horas após recebimento do pedido
 - Capacitar e treinar pessoalmente os familiares dos pacientes na sua residência para manipulação, higienização e utilização do equipamento, quando ocorrer a instalação do ventilador e sempre que necessário, sem custo adicional;
 - A contratada deverá fornecer um canal serviço de call-center de contato 24h aos familiares, para dúvidas e orientações ou chamados técnicos quando necessário, sem custo adicional ao contrato e preferencialmente através de telefone 0800 ou outro similar para os pacientes;
 - Quando não for possível a manutenção corretiva do mesmo na residência do paciente, por se tratar de equipamento de suporte de vida e não haver aparelho substituto na residência, a troca em caso de não funcionamento do aparelho ou quebra deve ser realizada no prazo de até 12 horas após solicitação, na residência do paciente.
 - Efetuar manutenções preventivas de acordo com orientação e recomendação do fabricante, com elaboração de laudos técnicos da visita na residência do paciente;
- Fornecimento de insumos e acessórios necessários para utilização dos equipamentos sempre que necessário, sem custo adicional ao contrato;

Local da Entrega/Execução:

O equipamento deverá ser entregue na residência do paciente Fausto Roberto Ferreira, na Rua Odilon Rodrigues de Oliveira, nº 73 – Boa Vista; município de Monte Carmelo.

Prazo para pagamento:

Os pagamentos serão efetuados em até 30 (trinta) dias corridos após a efetiva prestação de serviços, e recebimento definitivo, do aceite da nota fiscal pelo Setor de Compras da Prefeitura de Monte Carmelo.

Erika Miranda Fildra

Matricula 441736

Responsável pela elaboração do DFD

Glayce Camargo Flores da Cunha Fernandes

Matricula 441742

Coordenadora SAD/Melhor em Casa

Ana Flávia Novais e Silva

Matricula 440782

Secretaria Municipal de Saúde

SOLICITAÇÃO TROCA DE MODELO DE EQUIPAMENTO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Paciente: **Fausto Roberto Ferreira**

Prt. UFU: 1.565.533-5

Cuidador(a) responsável: Eulinda (irmã)

Telefones contato: (34) 9 8807-5592

Endereço: Odilon Rodrigues de Oliveira, n 73, CEP 38500-000

Município: Monte Carmelo-MG

RELATÓRIO

Paciente com diagnóstico de ELA, doença neurodegenerativa, caracterizada por fraqueza muscular progressiva, incluindo músculos respiratórios, associada à amiotrofia importante, com comprometimento de musculatura cervical, lombossacral e do segmento bulbar, levando a inúmeras sequelas e incapacidades motoras, além de comprometimento ventilatório. Procedente de Monte Carmelo, em acompanhamento no ambulatório de doenças neuromusculares do HC-UFU. Necessita de equipamento para manter a terapia ventilatória com dois níveis de pressão em domicílio. Paciente recebeu do município equipamento BiPAP SYNCHRONY que não permite telemonitoramento remoto, inviabilizando monitorização e seguimento do caso pela equipe de Uberlândia. Solicito troca de equipamento por um que permita telemonitorizar parâmetros ventilatórios realizados, visando acima de tudo a segurança do paciente devido progressão da doença, e melhorando a qualidade de vida. O CPAP é **contraindicado** ao caso, tendo em vista que fornece aos usuários um fluxo contínuo e intenso de ar, sendo que o paciente com doença neuromuscular não consegue vencer essa resistência na exalação aumentando o trabalho ventilatório. Nesses casos, é necessário utilizar o BiPAP, já que possui a capacidade de alternar pressões na inspiração e expiração, o que permite maior conforto e estabilidade na terapia.

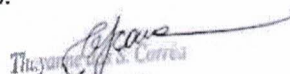
ABAIXO, SUGERIMOS MODELO QUE ATENDE ÀS NECESSIDADES:

SUGESTÃO:

1. Ventilador mecânico Binível **Stellar**
2. Modem para telemonitoramento
3. No-Break
4. Umidificador externo e copo umidificador
5. Dois circuitos de ventilação não invasiva sem válvula exalatória próprios do ventilador mecânico instalado (ramo simples com fuga intencional);
6. Máscara facial para ventilação não invasiva (OBS: tamanho a conferir no paciente na entrega).

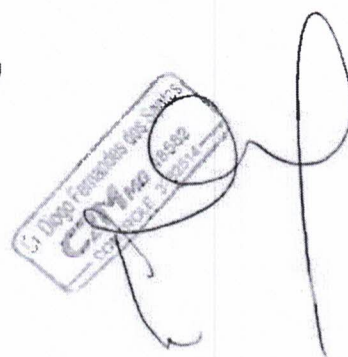
OBS: Sugestão que o ventilador mecânico seja preferencialmente locado, pois facilita a manutenção e troca do mesmo em caso de falha no funcionamento. A Interface e o circuito devem ser trocados no máximo a cada 6 meses ou sempre que necessário.

À disposição para maiores esclarecimentos,


Thayne Corrêa
Fisioterapeuta
CREFITO - 04/225022-F

Thayne Corrêa
Fisioterapeuta CREFITO 225022F
Ambulatório de Doenças Neuromusculares HC-UFU

Diogo Fernandes dos Santos
CRM/MG: 48582
Especialidade: Neurologista


Diogo Fernandes dos Santos
CRM/MG: 48582
Especialidade: Neurologista

