



TERMO DE COMPROMISSO PARA ACESSO AO SERVIÇO

OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Eu, _____, inscrito no sistema de saúde da PMMG-CBMMG-IPSM (SISAU) sobo nº _____, portador da cédula de identidade nº _____, expedida em _____, na qualidade de (____) Segurado (a) Pensionista (____) ou Representante Legal do _____ declara esta ciente que para acesso ao serviço oxigênio terapia domiciliar pelo SISAU, deverei cumprir e fazer:

- 1) Indicar um responsável para os cuidados com o equipamento pertencentes à empresa credenciada;
- 2) Indicar um responsável para acompanhar a instalação dos equipamentos de oxigenoterapia em conjunto com a empresa credenciada pelo SISAU;
- 3) Garantir a manutenção/otimização do tratamento com avaliações médicas sistemáticas e a realização do exame de gasometria arterial pelo beneficiário;
- 4) Submeter-me a avaliações médicas sistemáticas no NAIS a que estiver vinculado/adscrito ou no HPM, bem como à realização de exames complementares que se fizerem necessários Garantir o acesso aos técnicos da empresa devidamente identificados na residência do paciente, para a manutenção corretiva do equipamento quando necessário;
- 5) Garantir o acesso dos profissionais do programa de atenção domiciliar do SISAU na residência do paciente, para vistas de avaliação clínica quando necessário;
- 5) Comunicar ao NAIS/HPM ao qual estiver vinculado as eventuais mudanças de endereços bem como quaisquer intercorrências que impliquem interrupção do tratamento, tais como: inadaptação ao dispositivo, alta ou óbito.
- 6) Atestar ciência de que, no caso de locação, a falta na comunicação ao NAIS/HPM ou o mau uso dos equipamentos ensejará o custeio integral como assistência complementar para o segurado/pensionista, dos valores referentes aos meses em que o equipamento permaneceu indevidamente à disposição do paciente.
- 7) Ter ciência que a área de cobertura do SISAU do programa de oxigenoterapia domiciliar, se restringe ao Estado de Minas Gerais, considerando os aspectos legais e locais que a assistência á saúde se delimita para fins de controle e acompanhamento dos beneficiários;
- 8) Ter ciência que o tanque de oxigênio líquido “tanque móvel de oxigênio” para transporte e a sua respectiva recarga, terá o custeio de 100% da despesa como assistência básica a saúde, para o segurado/pensionista.
- 9) Que a utilização do concentrador de oxigênio deve-se levar em consideração o aumento do consumo de energia elétrica e as condições das instalações elétricas do domicílio. E que caso a condição econômica do paciente/familiar se enquadre na lei federal de isenção tarifária de energia (renda familiar menor que três salários mínimos), o beneficiário poderá se inscrever no CadÚnico.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura (Segurado(a), pensionista ou representante legal do paciente)



TERMO DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Declaro que os equipamentos foram regularmente entregues ao beneficiário (a) _____, residente na **Rua:** _____, **nº** _____, **Bairro:** _____; **na cidade** _____, Estado de Minas Gerais, e foram instalados em conformidade com as diretrizes do Sistema de Saúde da PMMG-CBMMG-IPISM, com as orientações e condições a seguir, relatadas:

1) Condições da residência do usuário são satisfatórias para o funcionamento do equipamento?

SIM

NÃO

Se não, por quê?

O usuário dispõe de um cuidador para administrar os cuidados necessários de forma a garantir a qualidade do tratamento?

SIM

NÃO

Se não, por quê?

2) Quais os equipamentos/materiais foram entregues ao paciente ?

Concentrador de Oxigênio

Máscara Nasal

Cilindro de Oxigênio

Cateter Umidificador

Circuito de Sono

Cânula Nasal (cateter)

Tanque de Oxigênio Líquido

Data: ____/____/____

Identificação/Assinatura do paciente/cuidador: _____

Identificação/Assinatura do técnico do Prestador: _____



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO MÉDICA PARA ATENDIMENTO AO SERVIÇO
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA OU DE VENTILAÇÃO
MECÂNICA NÃO INVASIVA**

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Número do cartão IPSM:	Nome do Beneficiário	Idade

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional	CRM	Especialidade

Diagnóstico:

- 1) Patologia _____
- 2) Gasometria art.: pH = _____ pCO₂ = _____ pO₂ = _____
BIC = _____; BE = _____ SatO₂ = _____

Tratamento Proposto:

Solicitado: _____ l/min _____ h/dia = _____

Justificativa:

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Necessário oxigênio de transporte?	
SIM	
NÃO	

Se sim, justificativa:

Carimbo e assinatura do profissional solicitante