



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

BENEFICIÁRIO:		IDADE:	CARTÃO:	
INTERNO:	EXTERNO:	CID PRINCIPAL:		
I - TRATAMENTO PROPOSTO				
INÍCIO DE TRATAMENTO:		CONTINUIDADE DE TRATAMENTO:		
QUANTIDADE DE SESSÕES:	5 SESSÕES	10 SESSÕES	15 SESSÕES	20 SESSÕES
II - JUSTIFICATIVA				
III - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE				
DOENÇA DESCOMPRESSIVA				
EMBOLIA GASOSA				
ENVENENAMENTO POR CO OU INALAÇÃO DE FUMAÇA				
EMBOLIA TRAUMÁTICA PELO AR				
ENVENENAMENTO POR GÁS CIANÍDRICO/ SULFÍDRICO				
GANGRENA GASOSA				
SÍNDROME DE FOURNIER				
FASCITES, CELULITES OU MIOSITES NECROTIZANTES				
ISQUEMIA AGUDA TRAUMÁTICA, LESÃO POR ESMAGAMENTO, SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU EXTREMIDADES AMPUTADAS				
SEPSE, CHOQUE SÉPTICO OU INSUFICIÊNCIAS ORGÂNICAS DEVIDO A VASCULITES AGUDAS DE ETIOLOGIA ALÉRGICA, MEDICAMENTOS OU POR TOXINAS BIOLÓGICAS				
QUEIMADURAS TÉRMICAS E ELÉTRICAS EM ÁREAS NOBRES (FACE, MAMAS, MÃOS, PÉS, PERÍNEO, GENITÁLIA)				
DIABÉTICO COM ÚLCERA INFECTADA PROFUNDA DA EXTREMIDADE INFERIOR				
IV – COMPROMETIMENTO DE OSSOS E TENDÕES				
SIM NÃO NÃO SE ENQUADRA				
V - RESPOSTA AO TRATAMENTO CONVENCIONAL REALIZADO POR PELO MENOS UM MÊS				
SIM NÃO NÃO SE ENQUADRA				
ANTIBIOTICOTERAPIA COM DOSES MÁXIMAS	SIM		NÃO	
DESBRIDAMENTO COMPLETO DA LESÃO	SIM		NÃO	
CONTROLE ESTRITO DE GLICEMIA	SIM		NÃO	
TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA ARTERIAL	SIM		NÃO	

VII - OBSERVAÇÃO: CASO NÃO TENHA APRESENTADO RESPOSTA AO TRATAMENTO CONVENCIONAL JUSTIFICAR ABAIXO

VIII - LOCALIZAÇÃO/LATERALIDADE DA LESÃO

OBS.: PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES ANEXAR REGISTRO FOTOGRÁFICO ATUAL EM SISTEMA, GENTILEZA IDENTIFICAR AS IMAGENS COM AS INICIAIS DO NOME DO PACIENTE E DATA

DATA: _____

ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO