

**Assunto:** “Esclarecimento sobre o novo modelo de prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD).”

**Para:** Prescritores de Cuidados Respiratórios Domiciliários.

Na sequência da Portaria n.º 27/2013, publicada no JORAM n.º 48, I série, de 17 de abril de 2013, que aprova o modelo de CRD na RAM e da circular normativa S5, de 04 de abril de 2013, que aplica à RAM as normas de prescrição da Direção Geral da Saúde (DGS) n.ºs 18/2011, 21/2011 e 22/2011, vimos pela presente prestar alguns esclarecimentos quanto ao preenchimento da prescrição:

- São de preenchimento obrigatório, para qualquer tipo de tratamento, o **quadro A** “Identificação”, o **quadro B** “Tratamentos” e a **Parte II** “Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição - Diagnósticos”;
- Todos os campos do **quadro B** “Tratamentos” são de preenchimento obrigatório – *Sim* – quando o tratamento é prescrito – *Não* – no caso do prescriptor não desejar prescrever esse tratamento;
- Sempre que se verifique a necessidade de prescrever mais do que um tipo de tratamento ao mesmo utente, deverá utilizar-se uma única requisição, assinalando nestas os tratamentos prescritos;
- Nos casos de prescrição de continuação, deverão ser preenchidos apenas o **quadro A** “Identificação” e o **quadro B** “Tratamentos”;
- Nas prescrições de Aspirador de Secreções, sem qualquer outro tratamento associado, devem ser preenchidos o **quadro A** “Identificação” e o **quadro C** “Equipamentos – Aspirador de Secreções”;
- Todas as prescrições têm a validade máxima de **90 dias**.

## **Prescrições de Oxigenoterapia**

A prescrição de tratamentos de Oxigenoterapia rege-se pelas normas da DGS publicadas na circular n.º 18/2011, com atualização a 12/02/2013.

São de preenchimento obrigatório nas **prescrições iniciais** ou de **modificação**, os seguintes elementos, de acordo com o exemplo em anexo (Anexo I):

- Quadro B – “Oxigenoterapia”;
- Todos os campos do Quadro C “Equipamentos” são de preenchimento obrigatório – *Sim* – quando o equipamento é prescrito – *Não* – no caso do prescritor não desejar prescrever a utilização desse equipamento;
- Quadro C - “Interfície e Acessórios”.
- Parte II – “Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição”:
  - “Diagnósticos”;
  - “Avaliação Clínica”;
  - “Função Respiratória”;
  - “Gasometria”;
  - “Hematócrito”.

## **Prescrições de Inaloterapia**

A prescrição de tratamentos de Inaloterapia rege-se pelas normas da DGS publicadas na circular n.º 021/2011, com atualização a 05/03/2013.

Saliente-se o n.º 3, da supracitada norma que refere o seguinte:



*“ Os sistemas de nebulização só poderão ser prescritos para uso de broncodilatadores excecionalmente, e sob justificação:*

*a) nalgumas crianças em idade pré escolar, com sibilância/asma, para terapêutica broncodilatadora, por um período máximo de **sete dias**;*

*b) quando se verificar incapacidade de utilização dos dispositivos mais simples, como por exemplo nalgumas crianças. Esta situação é sempre **transitória** e obriga a reavaliação num prazo de 30 dias.”*

São de preenchimento obrigatório nas **prescrições iniciais** ou de **modificação**, os seguintes elementos, de acordo com o exemplo em anexo (Anexo II):

- Quadro B – “Sistema Nebulização”;
- Parte II – “Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição”:
  - “Diagnósticos”;

### **Prescrições de Ventiloterapia**

A prescrição para os tratamentos de ventiloterapia rege-se pelas normas da DGS publicadas na circular n.º 022/2011, com atualização a 05/03/2013.

São de preenchimento obrigatório nas **prescrições iniciais** ou de **modificação**, os seguintes elementos, de acordo com o exemplo em anexo (Anexo III):

- Quadro B – “Ventiloterapia”;
- Quadro C – “Interfaces e Acessórios”;
- Parte II – “Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição”:
  - “Diagnósticos”;
  - “Avaliação Clínica”;
  - “Função Respiratória”;
  - “Gasometria”;

- Nos casos de “**Síndrome Apneia do Sono**”, deverão ser preenchidos os campos “Polissonografia ou Registo Simplificado Sono” e “Hematócrito”.

A Presidente do Conselho Diretivo



Ana Nunes



## A – Identificação

Nome do Utente		Prescrição <sup>2</sup>	Local de Prescrição Vinheta	Especialidade	
Endereço				<input type="checkbox"/> Inicial	Telefone:
CP-Localidade		<input type="checkbox"/> Continuação	Médico Prescritor Vinheta	Data <sup>1</sup>	
Data Nascimento	Telefone	<input type="checkbox"/> Modificação		Assinatura	
Entidade Responsável				Nº Utente / Nº Benef.	

## B – Tratamentos

Tratamentos	Sim	Não	Data Início	Data Fim <sup>3</sup>	Oxigenoterapia	Débito L/min	Horas /Dia	Sistema Nebulização	Designação	Produto	Neb/Dia	Data Fim <sup>3</sup>
Oxigenoterapia					<input type="checkbox"/> Gasoso			<input type="checkbox"/> Ultrasónico				
Inaloterapia					<input type="checkbox"/> Concentrador			<input type="checkbox"/> Electrónico				
Ventiloterapia					<input type="checkbox"/> Líquido			<input type="checkbox"/> Pneumático				
								- Gerador				
								- Nebulizador 1				
								- Nebulizador 2				

Ventiloterapia	Nome	CPAP EPAP	IPAP	FR	I:E Ti min-max	VC	Rampa/Trigger	Horas/Dia
<input type="checkbox"/> CPAP								
<input type="checkbox"/> Auto CPAP								
<input type="checkbox"/> Bi-nível								
<input type="checkbox"/> Volumétrico								

## C – Equipamentos

Equipamentos	Sim	Não	Data Início	Interfaces e Acessórios
Oxímetro				<input type="checkbox"/> Máscara nasal
Monitor Cardiorespiratório				<input type="checkbox"/> Óculos nasais
Aspirador secreções (portátil? <input type="checkbox"/> )				<input type="checkbox"/> Máscara facial
In-Exsufador				<input type="checkbox"/> Sonda nasal
Ressuscitador Manual				<input type="checkbox"/> Peça Bucal
				<input type="checkbox"/> Cânula Traqueostomia
				<input type="checkbox"/> Humificador para Ventilador

## PARTE II – Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição

### Diagnósticos

<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Pneumoconiose	<input type="checkbox"/> Cifoescoliose
<input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sequelas TP	<input type="checkbox"/> Síndrome Apneia Sono
<input type="checkbox"/> Bronquiectasias	<input type="checkbox"/> Bronquiolite obliterante	<input type="checkbox"/> Síndrome de Overlap
<input type="checkbox"/> Fibrose Quística	<input type="checkbox"/> Doença Neuromuscular	<input type="checkbox"/> S. Obesidade Hipoventilação
<input type="checkbox"/> Displasia Broncopulmonar	<input type="checkbox"/> Asma Persistente Grave	<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca
	<input type="checkbox"/> Outro (justificar):	

### Avaliação Clínica

<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Ex-fum.	<input type="checkbox"/> Não Fumador
<input type="checkbox"/> Estabilidade Clínica <sup>4</sup>		
<input type="checkbox"/> Presença ou antecedentes de Insuficiência Cardíaca		
<input type="checkbox"/> Cor Pulmonale		

Data:	Real	% Teórico
<b>Função Respiratória</b>		
FVC <sup>5</sup>		
FEV1 <sup>5</sup>		
FEV1/FVC <sup>5</sup>		
TLC <sup>6</sup>		
FRC <sup>6</sup>		
DLCO <sup>6</sup> VA ? <input type="checkbox"/>		

Data:	Gasometria <sup>5</sup>
	pH
	PaCO2
	PaO2
	HCO3
	BE
	Sat O2

Data:	Polissonografia ou Registo Simplificado Sono <sup>5</sup>
	IAH/RDI
	% Sat. < 90 %
<b>Data</b>	
<b>Hematócrito<sup>5</sup></b>	
Valor	

### NOTAS:

1 – Data de preenchimento da folha

2 – Início, modificação ou continuação da prescrição pelo período de 3 meses.

Se "Continuação" não preencher mais

3 – Prescrição inferior a um trimestre

4 – Período mínimo de 3 meses pós última agudização

5 – Obrigatória e em estabilidade clínica ou indicar o motivo da não colaboração (crianças ou adultos com incapacidade, urgência)

6 – Facultativo



## **REGRAS DE PREENCHIMENTO DA FOLHA DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS.**

A prescrição inicial dos cuidados domiciliários respiratórios deverá obedecer ao princípio da diferenciação e competência e ser orientada pela evidência científica vigente. Isto significa que os médicos prescritores deverão ter competência creditada na área respectiva e acesso aos meios técnicos necessários à prescrição.

A folha de prescrição inclui quatro componentes: de identificação, de prescrição, de fundamentação clínica e temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

Na componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição: inicial, continuação ou modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado.

Sublinhe-se que a especificação de tratamento(s) e respetivo(s) equipamento(s) se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

A componente de fundamentação clínica inclui o diagnóstico e parâmetros de avaliação funcional respiratória que justificam a prescrição.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de três meses, finda a qual a prescrição terá de ser renovada.



## A – Identificação

Nome do Utente		Prescrição <sup>2</sup>	Local de Prescrição Vinheta	Especialidade
Endereço				<input type="checkbox"/> Inicial
CP-Localidade		<input type="checkbox"/> Continuação	Médico Prescritor Vinheta	Data <sup>1</sup>
Data Nascimento	Telefone	<input type="checkbox"/> Modificação		Assinatura
Entidade Responsável	Nº Utente / Nº Benef.			

## B – Tratamentos

Tratamentos	Sim	Não	Data Início	Data Fim <sup>3</sup>	Oxigenoterapia	Débito L/min	Horas /Dia	Sistema Nebulização	Designação	Produto	Neb/Dia	Data Fim <sup>3</sup>
Oxigenoterapia					<input type="checkbox"/> Gasoso			<input type="checkbox"/> Ultrasónico				
Inaloterapia					<input type="checkbox"/> Concentrador			<input type="checkbox"/> Electrónico				
Ventiloterapia					<input type="checkbox"/> Líquido			<input type="checkbox"/> Pneumático				
								- Gerador				
								- Nebulizador 1				
								- Nebulizador 2				

Ventiloterapia	Nome	CPAP EPAP	IPAP	FR	I:E Ti min-max	VC	Rampa/Trigger	Horas/Dia
<input type="checkbox"/> CPAP								
<input type="checkbox"/> Auto CPAP								
<input type="checkbox"/> Bi-nível								
<input type="checkbox"/> Volumétrico								

## C – Equipamentos

Equipamentos	Sim	Não	Data Início	Interfaces e Acessórios			
Oxímetro				<input type="checkbox"/> Máscara nasal	<input type="checkbox"/> Óculos nasais		
Monitor Cardiorespiratório				<input type="checkbox"/> Máscara facial	<input type="checkbox"/> Sonda nasal		
Aspirador secreções (portátil? <input type="checkbox"/> )				<input type="checkbox"/> Peça Bucal	<input type="checkbox"/> Cânula Traqueostomia		
In-Exsufador				<input type="checkbox"/> Humificador para Ventilador			
Ressuscitador Manual							

## PARTE II – Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição

### Diagnósticos

<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Pneumoconiose	<input type="checkbox"/> Cifoesculose
<input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sequelas TP	<input type="checkbox"/> Síndrome Apneia Sono
<input type="checkbox"/> Bronquiectasias	<input type="checkbox"/> Bronquiolite obliterante	<input type="checkbox"/> Síndrome de Overlap
<input type="checkbox"/> Fibrose Quística	<input type="checkbox"/> Doença Neuromuscular	<input type="checkbox"/> S. Obesidade Hipoventilação
<input type="checkbox"/> Displasia Broncopulmonar	<input type="checkbox"/> Asma Persistente Grave	<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca
	<input type="checkbox"/> Outro (justificar):	

### Avaliação Clínica

<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Ex-fum.	<input type="checkbox"/> Não Fumador
<input type="checkbox"/> Estabilidade Clínica <sup>4</sup>		
<input type="checkbox"/> Presença ou antecedentes de Insuficiência Cardíaca		
<input type="checkbox"/> Cor Pulmonale		

Data:	Função Respiratória	Real	% Teórico
	FVC <sup>5</sup>		
	FEV1 <sup>5</sup>		
	FEV1/FVC <sup>5</sup>		
	TLC <sup>6</sup>		
	FRC <sup>6</sup>		
	DLCO <sup>6</sup> VA ? <input type="checkbox"/>		

Data:	Gasometria <sup>5</sup>
	pH
	PaCO2
	PaO2
	HCO3
	BE
	Sat O2

Data:	Polissonografia ou Registo Simplificado Sono <sup>5</sup>
	IAH/RDI
	% Sat. < 90 %
Data	Hematócrito <sup>5</sup>
	Valor

### NOTAS:

1 – Data de preenchimento da folha

2 – Início, modificação ou continuação da prescrição pelo período de 3 meses.

Se "Continuação" não preencher mais

3 – Prescrição inferior a um trimestre

4 – Período mínimo de 3 meses pós última agudização

5 – Obrigatória e em estabilidade clínica ou indicar o motivo da não colaboração (crianças ou adultos com incapacidade, urgência)

6 – Facultativo



## **REGRAS DE PREENCHIMENTO DA FOLHA DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS.**

A prescrição inicial dos cuidados domiciliários respiratórios deverá obedecer ao princípio da diferenciação e competência e ser orientada pela evidência científica vigente. Isto significa que os médicos prescritores deverão ter competência creditada na área respectiva e acesso aos meios técnicos necessários à prescrição.

A folha de prescrição inclui quatro componentes: de identificação, de prescrição, de fundamentação clínica e temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

Na componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição: inicial, continuação ou modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado.

Sublinhe-se que a especificação de tratamento(s) e respetivo(s) equipamento(s) se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

A componente de fundamentação clínica inclui o diagnóstico e parâmetros de avaliação funcional respiratória que justificam a prescrição.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de três meses, finda a qual a prescrição terá de ser renovada.



**A – Identificação**

Nome do Utente		Prescrição <sup>2</sup>	Local de Prescrição Vinheta	Especialidade		
Endereço				<input type="checkbox"/> Inicial	Telefone:	
CP-Localidade				<input type="checkbox"/> Continuação	Data <sup>1</sup>	
Data Nascimento	Telefone	<input type="checkbox"/> Modificação	Médico Prescritor Vinheta		Assinatura	
Entidade Responsável	Nº Utente / Nº Benef.					

**B – Tratamentos**

Tratamentos	Sim	Não	Data Início	Data Fim <sup>3</sup>	Oxigenoterapia	Débito L/min	Horas /Dia	Sistema Nebulização	Designação	Produto	Neb/Dia	Data Fim <sup>3</sup>
Oxigenoterapia					<input type="checkbox"/> Gasoso			<input type="checkbox"/> Ultrasónico				
Inaloterapia					<input type="checkbox"/> Concentrador			<input type="checkbox"/> Electrónico				
Ventiloterapia					<input type="checkbox"/> Líquido			<input type="checkbox"/> Pneumático				
<input type="checkbox"/> Gerador <input type="checkbox"/> Nebulizador 1 <input type="checkbox"/> Nebulizador 2												

Ventiloterapia	Nome	CPAP EPAP	IPAP	FR	I:E Ti min-max	VC	Rampa/ Trigger	Horas/Dia
<input type="checkbox"/> CPAP								
<input type="checkbox"/> Auto CPAP								
<input type="checkbox"/> Bi-nível								
<input type="checkbox"/> Volumétrico								

**C – Equipamentos**

Equipamentos	Sim	Não	Data Início
Oxímetro			
Monitor Cardiorespiratório			
Aspirador secreções (portátil? <input type="checkbox"/> )			
In-Exsufador			
Ressuscitador Manual			

Interfaces e Acessórios	
<input type="checkbox"/> Máscara nasal	<input type="checkbox"/> Óculos nasais
<input type="checkbox"/> Máscara facial	<input type="checkbox"/> Sonda nasal
<input type="checkbox"/> Peça Bucal	<input type="checkbox"/> Cânula Traqueostomia
<input type="checkbox"/> Humificador para Ventilador	

**PARTE II – Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição**

**Diagnósticos**

<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Pneumoconiose	<input type="checkbox"/> Cifoesciose
<input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sequelas TP	<input type="checkbox"/> Síndrome Apneia Sono
<input type="checkbox"/> Bronquiectasias	<input type="checkbox"/> Bronquiolite obliterante	<input type="checkbox"/> Síndrome de Overlap
<input type="checkbox"/> Fibrose Quística	<input type="checkbox"/> Doença Neuromuscular	<input type="checkbox"/> S. Obesidade Hipoventilação
<input type="checkbox"/> Displasia Broncopulmonar	<input type="checkbox"/> Asma Persistente Grave	<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca
<input type="checkbox"/> Outro (justificar):		

**Avaliação Clínica**

<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Ex-fum.	<input type="checkbox"/> Não Fumador
<input type="checkbox"/> Estabilidade Clínica <sup>4</sup>		
<input type="checkbox"/> Presença ou antecedentes de Insuficiência Cardíaca		
<input type="checkbox"/> Cor Pulmonale		

Data:	Real	% Teórico
Função Respiratória		
FVC <sup>5</sup>		
FEV1 <sup>5</sup>		
FEV1/FVC <sup>5</sup>		
TLC <sup>6</sup>		
FRC <sup>6</sup>		
DLCO <sup>6</sup> VA ? <input type="checkbox"/>		

Data:	Gasometria <sup>5</sup>
	pH
	PaCO2
	PaO2
	HCO3
	BE
	Sat O2

Data:	Polissonografia ou Registo Simplificado Sono <sup>5</sup>
	IAH/RDI
	% Sat. < 90 %
Data	
Hematócrito <sup>5</sup>	
Valor	

**NOTAS:**

- 1 – Data de preenchimento da folha
- 2 – Início, modificação ou continuação da prescrição pelo período de 3 meses.  
Se "Continuação" não preencher mais
- 3 – Prescrição inferior a um trimestre
- 4 – Período mínimo de 3 meses pós última agudização
- 5 – Obrigatória e em estabilidade clínica ou indicar o motivo da não colaboração (crianças ou adultos com incapacidade, urgência)
- 6 – Facultativo



## **REGRAS DE PREENCHIMENTO DA FOLHA DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS.**

A prescrição inicial dos cuidados domiciliários respiratórios deverá obedecer ao princípio da diferenciação e competência e ser orientada pela evidência científica vigente. Isto significa que os médicos prescritores deverão ter competência creditada na área respectiva e acesso aos meios técnicos necessários à prescrição.

A folha de prescrição inclui quatro componentes: de identificação, de prescrição, de fundamentação clínica e temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

Na componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição: inicial, continuação ou modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado.

Sublinhe-se que a especificação de tratamento(s) e respetivo(s) equipamento(s) se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

A componente de fundamentação clínica inclui o diagnóstico e parâmetros de avaliação funcional respiratória que justificam a prescrição.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de três meses, finda a qual a prescrição terá de ser renovada.