

NÚMERO: 003/2015

DATA: 06/05/2015

ASSUNTO: Esclarecimento acerca da Prescrição Eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários
PALAVRAS-CHAVE: Prescrição Eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários
PARA: Médicos do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTOS: Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR@dgs.pt)

Por proposta do Diretor do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias divulga-se a seguinte informação:

1. A prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRDs) deve fazer-se ao abrigo dos despachos 9405/2014 e 9483/2014. A prescrição de CRDs deve fazer-se de forma obrigatória e exclusivamente mediante a utilização da PEM-CRDs.
2. A prescrição manual mediante recurso a formulário em papel descarregável do site da DGS, apenas poderá realizar-se em caso de falência do sistema informático após contacto devidamente notificado, com os serviços de tecnologias da respetiva instituição e sua incapacidade de resolução do problema. Em caso de problema local deverá ser emitido *ticket* que objetive o referido problema. Nos casos em que a indisponibilidade da PEM, não seja local o Service Desk da SPMS, deverá ser contactado de modo a emitir o respetivo *ticket* de indisponibilidade do sistema central.
3. Os formulários da DGS geram um código único, pelo que **NÃO** podem ser fotocopiados, sob pena de invalidar a respetiva prescrição.
4. O número do *ticket* atribuído à falha informática deve ser colocado no local assinalado no exemplo anexo

Constitui exceção às disposições anteriores e apenas, durante um período transitório até a próxima versão/atualização da PEM-CRD, a prescrição, em ambiente hospitalar, para **crianças em idade pré-escolar**, de antibioterapia em aerossolterapia e restantes fármacos indicados no ponto 5 da NOC 021/2011 atualizada em 05/03/2013, nas respetivas situações clínicas discriminadas no ponto 2 da referida NOC. Nestas circunstâncias, e apenas durante o período transitório, a referida prescrição deverá ocorrer mediante a utilização do formulário em papel descarregável do site da DGS.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

Receita Médica N.º

GOVERNO DE PORTUGAL
Ministério da Saúde

4 1 1 9 6 3 0

Nome do Utente: _____
N.º de utente: _____
Telefone: (+351) _____
Entidade responsável: _____
N.º de beneficiário: _____

CRD
AEROSOLTERAPIA

(Vinheta do Médico prescriptor) Nome profissional: _____
Especialidade: _____
Telefone: (+351) _____ (Vinheta do Local de prescrição)

AEROSOLTERAPIA Inicial Continuação Modificação

R_x Contexto clínico, sistema prescrito / Parâmetros

Sistema de Nebulização	Formulação	DAMP* (µm)	Tempo de nebulização (min)	N.º nebulizações/dia	Aerosol vibratório
<input type="checkbox"/> Pressurizado (Sistema de Nebulização) (A1117)					
<input type="checkbox"/> 2.º Nebulizador					
<input type="checkbox"/> Ultrassónico (A1119)					
<input type="checkbox"/> Eletrónico (A1120)					
<input type="checkbox"/> Pressurizado "Inteligente" (A1118) (gerador + nebulizador)					

*Dámino: Aerossolizador Médio de Massa

Interfases: Máscara facial pediátrica Máscara facial adulto
Acessórios: Porta-filtros Filtros

Fármacos/soluções com indicação absoluta para nebulização:	Fármacos com indicação relativa ou com contra-indicação para dispositivos simples. Justificação obrigatória
<input type="checkbox"/> Mucolíticos (drossais e/ou recombinantes)	<input type="checkbox"/> Broncodilatador beta-2 - agonista
<input type="checkbox"/> Antibióticos (Tobramicina, Colistina, Acetamin, Vancomicina, Meropenem, Carbapenem)	<input type="checkbox"/> Broncodilatador anticolinérgico
<input type="checkbox"/> Soro salino hipertónico	*Justificação: _____
<input type="checkbox"/> Soro fisiológico	

Nota: Os fármacos com indicação relativa devem, em primeira opção, ser administrados por dispositivos simples (SPI/MC/Câmara Espiratória)









Data de prescrição: ____/____/____
Duração de tratamento (n.º de dias): _____ (Assinatura do médico prescriptor)

Guia de prestação

Receita Médica N.º: 4 1 1 9 6 3 0

Local de prescrição: _____
Médico prescriptor: _____ Telefone do médico: (+351) _____
Entidade responsável: _____
Nome do utente: _____ Telefone do utente: (+351) _____
Morada: _____

Potenciais empresas fornecedoras (a preencher pelo utente após consulta de tabela de serviços disponíveis):

 <input type="checkbox"/> Acail Gas, S.A. Telf. 808 280 808 acaillmedicare@acaillgrupo.pt	 <input type="checkbox"/> Gasoxmed Telf. 808 506 090 homecare@gasoxmed.pt
 <input type="checkbox"/> Praxair Portugal Gases, S.A. Telf. 808 201 519 homecare_portugal@praxair.com	 <input type="checkbox"/> VialAire Telf. 808 201 550 paciententabira.pt@vialaire.com
 <input type="checkbox"/> D'Ar Saúde Telf. 808 202 233 crd@desaude.pt	 <input type="checkbox"/> Linde Saúde, Lda Telf. 808 220 022 lindsaude@linde.com
 <input type="checkbox"/> Sonoare Telf. 808 964 554 geral@sonoare.pt	 <input type="checkbox"/> Vivisol Ibéria Telf. 808 500 066 info@vivisol.pt

O equipamento foi devidamente instalado, foram também dadas as explicações sobre o seu funcionamento, bem como sobre os cuidados a ter com o mesmo.

(Assinatura do utente ou seu representante)

(Nome e n.º Documento de identificação do representante)

Data de início de prestação: ____/____/____
Impressão do site da DGS em www.dgs.pt - Não fotocopiar

NOTA:

- O download do formulário é feito no site da DGS em: <http://www.dgs.pt/aplicacoes-e-formularios/teste-formulario-cr1/solicitar-form.aspx>
- Os formulários da DGS, geram um código único e **NÃO** devem ser fotocopiados
- A vermelho está assinalado o local, para colocar o número do *ticket* atribuído à falha informática.