**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE OXIGÊNIO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO PACIENTE | DATA |
|  |  |
| DETALHES DO PACIENTE |
|  |

**NOTA**: O risco deve ser avaliado de forma contínua, e toda receita de oxigênio em casa deve ser revisada e acompanhada regularmente com especialistas respiratórios. Anexe a documentação de suporte, se estiver disponível.

AVALIAÇÃO DE RISCO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sim** | **Não** | **CATEGORIA / RISCO** | **NOTAS** |
|  |  | **RISCOS FÍSICOS** |  |
|  |  | Desafios de mobilidade e/ou equilíbrio |  |
|  |  | Deficiência de visão |  |
|  |  | Comprometimento cognitivo |  |
|  |  | Condições de vida (por exemplo, desordem, elevador de escada) |  |
|  |  | Outros: |  |  |
|  |  | Outros: |  |  |
|  |  | **RISCOS DO ESTILO DE VIDA** |  |
|  |  | Atualidade – Se sim, liste tipos de produtos que pacientes fumam e se existirem evidências visíveis (queimadas na pele, móveis, etc.) |  |
|  |  | Em processo de parar de fumar – Se sim, qual é o progresso do paciente? O paciente está usando uma ferramenta ou programa? Como isso foi confirmado? (por exemplo, níveis de monitor de CO) |  |
|  |  | Ex-nisso – Se sim, por quanto tempo? Como isso foi confirmado? (por exemplo, visita ao início, níveis de monitor de CO) |  |
|  |  | Outro(s) tabagista(s) no local |  |
|  |  | Vício (por exemplo, álcool, drogas) |  |
|  |  | Outros: |  |  |
|  |  | Outros: |  |  |

AVALIAÇÃO DE RISCO *continuou*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sim** | **Não** | **CATEGORIA / RISCO** | **NOTAS** |
|  |  | **RISCOS AMBIENTAIS** |  |
|  |  | Mora em prédio com múltipla ocupação |  |
|  |  | Vidas desacompanhadas |  |
|  |  | Vidas com dependentes vulneráveis (por exemplo, idosos, crianças) |  |
|  |  | Cozinheiros com fogão a gás |  |
|  |  | Dependente de cadeira de rodas |  |
|  |  | No sentido da cama |  |
|  |  | Trabalhando alarmes de fumaça |  |
|  |  | Preocupações com o armazenamento de equipamentos de oxigênio |  |
|  |  | Outros: |  |  |
|  |  | Outros: |  |  |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

|  |
| --- |
|  |

DECISÃO

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME AND FUNÇÃO DE ASSESSOR DE RISCO |  | NOMEIE AND FUNÇÃO DE APROVAR FUNCIONÁRIO |
|  |  |  |
| LOCALIZAÇÃO |  | LOCALIZAÇÃO |
|  |  |  |
| ASSINATURA | DATA |  | ASSINATURA | DATA |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DISCLAIMER**Todos os artigos, modelos ou informações fornecidos pelo Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fazemos representações ou garantias de qualquer tipo, expressas ou implícitos, sobre a completude, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade em relação ao site ou às informações, artigos, modelos ou gráficos relacionados contidos no site. Qualquer dependência que você deposita em tais informações está, portanto, estritamente em seu próprio risco. |