



Solicitação do BIPAP e sua assistência domiciliar
INFORMAÇÕES GERAIS prevista na portaria 1370/2008 do MS

Etapa 1

Você sente:

- Cansaço
- Falta de ar
- Desconforto ao dormir
- Dor de cabeça ao acordar

Procure:

- Neurologista
- Pneumologista
- Fisioterapeuta respiratório

Especialista em doenças neuromusculares

Exames:

- Oximetria noturna
- Espirometria (prova de função pulmonar)

Após resultados, o profissional saberá dizer que você **tem indicação** ou **não** para uso do BIPAP

Etapa 2

Solicitação do BIPAP e sua assistência domiciliar
ESTADO DE SÃO PAULO (Cidades com mais de 150 mil habitantes)

Em caso de indicação ir para próxima etapa **(etapa 2)**

Ir na Secretaria municipal de saúde da sua cidade **munido de:**

Resultado do exame de Eletro-neuro-miografia

Pedido médico do BIPAP

RG e CPF do paciente

Comprovante de residência do paciente

Cartão do SUS

Imprimir a Deliberação Cib 52/2015 de 30/12/2015 e a Portaria 1370/2008 do MS disponíveis em www.procuradaela.org.br Na aba conteúdo, sub-aba como obter o bipap.

Modelo do pedido médico

Modelo do pedido:
À Secretaria de Saúde Municipal de _____
O (a) paciente _____ com diagnóstico de _____, necessita de assistência ventilatória conforme segue abaixo:
01 BIPAP Stellar 150 ou Synchrony II
02 Interface/mês (conforme modelo indicado pelo fisioterapeuta respiratório)
01 Touca / mês
03 Filtros/ mês
01 Circuito (Traqueia) – de 03 em 03 meses
01 Umidificador – de 06 em 06 meses
01 No-Break
01 bateria com necessidade de avaliação/manutenção mensal.
Dúvidas: contato@procuradaela.org.br