

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USUÁRIOS DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

EU,

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

RG:

CPF:

ENDEREÇO:

CEP:

TELEFONES:

EMAIL DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

Declaro total responsabilidade pela segurança física e bem estar do paciente por tempo integral e guardar segurança do equipamento de _____, comprometendo-me as seguintes condições:

1. O equipamento e seus acessórios são uma concessão em regime de locação para o paciente atendido pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar do Município de Contagem, não sendo permitida sua comercialização, doação ou empréstimo a terceiros. A Prefeitura de Contagem se reserva no direito de usar de todas as medidas legais cabíveis junto ao familiar responsável por este Termo de Responsabilidade, em caso de dano, extravio ou perda de dos equipamentos ou seus acessórios.
2. A utilização do equipamento está exclusivamente reservada ao uso domiciliar dentro do município de Contagem. A substituição dele pode ser realizada pela Prefeitura Municipal de Contagem, sem prévio aviso. Em caso de mudança de endereço, é obrigatória apresentação de Declaração do Posto de saúde e comprovante de endereço que comprove residência no município de Contagem. É obrigatório comunicar imediatamente ao Setor de Oxigenoterapia Domiciliar (SOD) qualquer mudança de telefone ou da pessoa responsável pelo equipamento.
3. A interrupção do tratamento seja qual for o motivo, deverá ser comunicado ao Setor de Oxigenoterapia Domiciliar (SOD), imediatamente por telefone, ou e-mail oxigenoterapia.saudecontagem@gmail.com ou ainda pessoalmente durante o **horário das 7h às 17h, em caso de óbito comunicar e entregar a Xerox do atestado de óbito no Setor de Oxigenoterapia Domiciliar (SOD) ou enviar por email a foto.**
4. O responsável pelo paciente deve verificar e observar as condições do equipamento e dos acessórios que o acompanham ao recebê-lo no domicílio onde será instalado;
5. É proibida a realização de manutenções e reparos no(s) equipamento(s) por parte do responsável.
6. Caso o responsável observe funcionamento inadequado ou avarias no equipamento (**CONCENTRADOR, BIPAP, CPAP, TRILOGY, ASPIRADOR E OXÍMETRO**), é necessário comunicar a Central de Atendimento ao paciente da **White Martins no telefone: 0800-709-9000** cujo é responsável por sanar o problema ou substituir o equipamento.
7. Caso o paciente necessite sair de sua residência para outras localidades o equipamento só poderá acompanhá-lo com autorização prévia do setor de oxigênio, que irá analisar o caso, com assinatura do responsável em impresso próprio;
8. A devolução do equipamento será realizada, quando solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem ou quando interrompido o tratamento, por qualquer que seja o motivo; A família se compromete a viabilizar a entrada da empresa terceirizada no domicílio para entrega dos equipamentos no prazo máximo de 30 dias.
9. **O paciente que usa CONCENTRADOR, CILINDRO, ASPIRADOR, BIPAP, CPAP, TRILOGY se compromete a entregar o relatório médico a cada seis meses, no setor de oxigênio.**
10. **A utilização de oxigênio é considerada medicamentosa, todo oxigênio pega fogo se for exposto a chamas podendo colocar a vida do usuário em risco. É obrigatório ter um acompanhante por tempo integral (24h/dia) junto ao paciente, sob pena de não aprovação ou suspensão do benefício.**
11. O uso do CONCENTRADOR dá direito a duas recargas do cilindro de back-up de 1m3.

Contagem, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do responsável pelo paciente

RG: _____

Protocolo de solicitação de oxigênio