

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: cn=PT, o=Ministério da Saúde,
ou=Direção-Geral da Saúde,
c=Francisco Henrique Moura
George
Date: 2011.09.29 12:28:42 +01'00'

1899-2011
111 anos



NÚMERO: 022/2011

DATA: 28/09/2011

ASSUNTO: Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos
PALAVRAS-CHAVE: Ventiloterapia
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

I – NORMA

1. A ventiloterapia está indicada na Síndrome de Apneia do Sono, na Insuficiência Respiratória Crónica por Deformação da Caixa Torácica e Doenças Neuromusculares e, ainda, na Insuficiência Respiratória Crónica de causa pulmonar.

Ventiloterapia no Síndrome de Apneia do Sono

2. A ventiloterapia por pressão positiva contínua (CPAP) por máscara nasal ou facial constitui o tratamento de eleição da Síndrome de Apneia do Sono (SAS). Em casos excecionais, poderá estar indicada a terapêutica com ventilação por pressão positiva binível (BIPAP).
3. Têm, também, indicação para terapêutica com BIPAP os doentes com SAS e obesidade mórbida - Síndrome de Obesidade/Hipoventilação - e SAS com obstrução das vias aéreas inferiores associada - Síndrome de Sobreposição. Estes doentes têm SAS e Insuficiência Respiratória Global.
4. A prescrição de CPAP no Síndrome de Apneia do Sono e de BIPAP no Síndrome de Obesidade/Hipoventilação e Síndrome de Sobreposição só é iniciada após ser efetuado o diagnóstico por polissonografia ou estudo cardiorespiratório do sono.
5. As prescrições iniciais de CPAP/ BIPAP são efetuadas por especialistas na área da patologia do sono, idealmente integrados em consultas multidisciplinares que incluam pneumologistas, otorrinolaringologistas e neurologistas que assegurem a investigação diagnóstica necessária para a decisão terapêutica do doente com SAS.
6. Após a decisão clínica de início de CPAP/BIPAP domiciliário, é iniciado ensino e educação do doente e/ou cuidadores. Todo o doente com SAS sob terapêutica com CPAP/BIPAP é monitorizado quanto à adesão e eficácia desta forma terapêutica.
7. Considera-se aderente ao CPAP/BIPAP o doente que cumpre mais de 4 horas/noite em pelo menos 70% das noites.
8. Todos os doentes sob CPAP/BIPAP são reavaliados até 3 meses após o início da terapêutica, devendo ser portadores de relatório de adesão e eficácia em suporte digital ou papel, fornecido pela empresa fornecedora. Posteriormente, e se bem adaptados e com boa adesão têm, pelo menos, uma avaliação clínica anual. Quando estabilizados (eficácia terapêutica e adesão

comprovadas), os doentes passam a ser seguidos em cuidados de saúde primários, devendo ser referenciados para reavaliação pelo especialista em medicina do sono sempre que se verificar um agravamento clínico.

9. Todos os doentes sob CPAP/BIPAP têm uma visita domiciliária inicial a cargo da empresa fornecedora quando da instituição terapêutica e 4 semanas após o início do tratamento, efetuada por técnico, fisioterapeuta ou enfermeira/o da empresa fornecedora. O objetivo desta visita é reforçar o ensino e educação do doente e dos cuidadores e avaliar se há uma boa adaptação e adesão ao tratamento. O resultado desta avaliação é enviado para o especialista em medicina do sono e para o médico de clínica geral / medicina familiar. Se for detetada uma fraca adesão (uso < 4 horas em pelo menos 70% dos dias de terapêutica), o doente é referenciado ao centro especializado em medicina do sono para reavaliação da situação clínica.
10. A ventilação por pressão positiva na SAS e, também, a ventilação por pressão positiva binível pode ser suspensa nas seguintes situações:
 - a) resolução ou melhoria do índice de apneia/hipopneia, comprovada por registo poligráfico do sono ou polissonografia, após redução ponderal acentuada ou intervenção cirúrgica;
 - b) a pedido do doente por incapacidade de adesão, após período inicial de utilização;
 - c) em caso de persistente má adesão (uso < 4 horas em pelo menos 70% das noites), após 6 meses experimentais. Os doentes a quem foi suspensa esta terapêutica deverão ser referenciados aos seus médicos assistentes, com a respetiva informação, para seguimento clínico.

Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica

11. Em Cuidados Respiratórios Domiciliários, a designação Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica (IRC) refere-se à ventilação mecânica domiciliária (VMD). Esta constitui um tratamento de longa duração, dirigido a doentes estáveis com hipoventilação alveolar noturna ou permanente.
12. A Ventiloterapia na IRC não inclui doentes com Síndrome de Apneia do Sono.
13. A VMD é feita sobre a forma de ventilação não invasiva (VNI) através de máscaras faciais e nasais e de peças bucais. São usados ventiladores binível e híbridos (volumétrico e pressumétricos). A ventilação invasiva deve ser residual e reservada à falência da VNI.
14. A prescrição de VNI pressupõe um diagnóstico exato e critérios precisos para a sua iniciação. Constitui uma abordagem claramente hospitalar e diferenciada.
15. A VNI é iniciada nas doenças restritivas que não envolvem o parênquima pulmonar (doenças neuromusculares e deformações da caixa torácica) na presença de sintomas de hipoventilação e, pelo menos, um dos seguintes critérios fisiopatológicos: $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mm Hg}$ ou dessaturação noturna, com saturação periférica de O_2 (SpO_2) < 88% durante 5 minutos consecutivos.
16. Nas doenças neuromusculares rapidamente progressivas, como a Distrofia Muscular de Duchénne, a VNI é iniciada quando a Capacidade Vital Forçada (FVC) for < 50% (valor

prognosticado) ou a Pressão Máxima Inspiratória for < 60 cmH₂O, independentemente dos critérios anteriores.

17. No caso da Esclerose Lateral Amiotrófica a VNI é ponderada com a FVC $< 70\%$.
18. Na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica a VNI é ponderada nos doentes que, apesar de uma OLD bem conduzida, evoluam para uma de duas situações:
 - a) PaCO₂ > 55 mmHg;
 - b) PaCO₂ entre 50 e 54 mmHg, numa das seguintes circunstâncias: dessaturação noturna (SpO₂ $< 88\%$ durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com administração de O₂ a 2 L/min) ou mais que dois episódios por ano de insuficiência respiratória aguda com internamento.
19. Nas doenças restritivas, em que a tosse é ineficaz, a in-exsuflação mecânica amplifica os benefícios da VNI. A sua introdução é obrigatória quando o débito de pico da tosse, (*peak cough flow*) é < 160 L/min, e ponderada quando o PCF é < 270 L/min.
20. Em doentes restritivos com VNI pode ser necessário a prescrição de oxigenoterapia adjuvante, para correção da hipoxémia. Nos doentes neuromusculares esta situação ocorre particularmente com infeções respiratórias. A oxigenoterapia nunca deve ser administrada isoladamente, dado o risco de frenação do centro respiratório.
21. Em idade pediátrica a VNI é prescrita, apenas, em serviços especializados com capacidade para diagnóstico, monitorização e manejo em agudização e está indicada em doentes com perturbação respiratória relacionada com o sono e associada a:
 - a) síndromes craniofaciais com obstrução das vias respiratórias superiores;
 - b) síndromes de hipoventilação / obesidade.

Equipamentos de monitorização e apoio

22. A prestação de Cuidados Respiratórios Domiciliários exige, em determinadas situações clínicas, o uso de equipamentos de monitorização e apoio, nomeadamente:
 - a) oxímetro;
 - b) monitor cardiorespiratório;
 - c) aspirador de secreções;
 - d) in-exsufador;
 - e) ressuscitador manual.
23. A prescrição de ressuscitador manual está associada a diagnóstico de doença neuromuscular ou neuropática, como a paralisia cerebral ou em doentes com doença broncopulmonar associada a doenças neurológicas graves, como epilepsias refratárias ou doenças degenerativas do sistema nervoso central, como adjuvante da tosse e em alternativa ao in-exsufador mecânico e/ou a portador de traqueostomia.
24. Em idade pediátrica a monitorização cardiorespiratória domiciliária está indicada em:

- a) prematuros com, pelo menos, um fator de risco;
 - b) doença pulmonar crónica instável, sobretudo com necessidade de O₂ suplementar, pressão positiva contínua ou ventilação mecânica;
 - c) traqueostomizados ou com alterações anatómicas da via aérea;
 - d) hipoventilação central;
 - e) apneia central associada com lesão ou disfunção cerebral;
 - f) *Apparent life threatening events* (ALTE) grave com necessidade de estimulação vigorosa ou ressuscitação;
 - g) irmãos de vítimas de morte súbita do lactente (MSL) – 2 ou mais.
25. Em idade pediátrica o in-exsufador mecânico está indicado em situações de doença neuromuscular com PCF < 270 L /min ou quadro de atelectasias / infeções respiratórias baixas recorrentes com evidência clínica ou radiológica de estase de secreções.
26. Devido à sua especificidade, a prescrição destes equipamentos é reservada a serviços especializados.
27. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

II - CRITÉRIOS

Ventiloterapia na Síndrome de Apneia do Sono

- a) A ventiloterapia por pressão contínua fixa (CPAP) ou variável (AutoCPAP) está indicada em doentes com síndrome de Apneia do Sono (SAS) que, após realização de estudo do sono, apresentem os seguintes critérios:
 - i. Índice de Apneia/Hipopneia (IAH – nº de eventos por hora de sono) ou Índice de Distúrbios Respiratórios (RDI) ≥ 30 ou
 - ii. Índice de Apneia/Hipopneia (IAH – nº de eventos por hora de sono) ou Índice de Distúrbios Respiratórios (RDI) ≥ 5 , se estiver associado a hipersonolência diurna e/ou a patologia cardiovascular.
- b) Na síndrome de apneia do sono complexa, o aparecimento de apneias centrais depois de atingido o nível de pressão eficaz para corrigir os eventos obstrutivos apesar do tratamento com CPAP pode ser tratado com servo ventilação autoadaptativa.
- c) A síndrome de apneia central do sono é uma entidade caracterizada por um IAH ≥ 5 , na qual 50 % ou mais dos eventos são centrais. A causa mais frequente é respiração de *Cheyne-Stokes*, associada à insuficiência cardíaca, devendo ser tratada com servo ventilação autoadaptativa, aferida em estudo poligráfico do sono.
- d) Quer os doentes com SAS e Síndrome de Obesidade Hipoventilação, quer os com Síndrome de Sobreposição (associação de SAS com outras patologias respiratórias), com Insuficiência

Respiratória Global têm indicação para terapêutica com pressão positiva binível. A aferição deve ser feita em estudo poligráfico do sono.

Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica

- a) A VNI corrige a hipoventilação alveolar. A VNI na IRC tem como objetivo o aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes com patologias que cursam com hipoventilação alveolar crónica.
- b) A hipoventilação surge inicialmente no sono. Posteriormente torna-se permanente, com IRC diurna. A VNI deve incluir sempre o período noturno.
- c) As manifestações clínicas de hipoventilação são insidiosas e difíceis de identificar. Incluem: fadiga, dispneia, cefaleia matinal, lentificação cognitiva, falta de memória, sonolência diurna excessiva.
- d) A hipercápnia é o marcador laboratorial de hipoventilação. Pode ser avaliada por gasimetria do sangue arterial e de forma não invasiva, particularmente útil durante o sono, por capnografia. A dessaturação noturna prolongada, avaliada por oximetria de pulso dá uma estimativa da presença e gravidade da hipoventilação noturna.
- e) A diminuição da FVC é um indicador clássico, mas pouco robusto, da evolução das doenças restritivas para a hipoventilação. A decisão de iniciar ventilação precocemente deve basear-se no registo direto da hipoventilação noturna.

Ventiloterapia em idade pediátrica

- a) A ventiloterapia por pressão contínua fixa (CPAP) está indicada em doentes com SAS e qualquer IAH desde que pertencentes a grupo de risco para desenvolvimento de SAS e esgotados outros recursos médicos e cirúrgicos. O estudo poligráfico do sono deve preceder a prescrição de Ventilação não invasiva (VNI) no SAS.
- b) Em situações de emergência ou impossibilidade transitória de estudo poligráfico do sono, a terapêutica ventilatória não deve ser protelada.
- c) Para a prescrição em pediatria a oximetria de pulso e a monitorização transcutânea de CO₂ são os exames habitualmente suficientes (o pH e os gases não são necessários na maior parte dos casos).

III - AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada a nível local, regional e nacional.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto da presente Norma é da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde e é seguida pelas administrações regionais de saúde e direções clínicas dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento são da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.

- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. % pessoas inscritas com prescrição de ventiloterapia
 - ii. % custos totais com ventiloterapia no total de custos com cuidados respiratórios domiciliários
 - iii. % custos totais com ventiloterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica

IV – FUNDAMENTAÇÃO

Ventiloterapia no Síndrome de Apneia do Sono

- a) A síndrome de apneia do sono é uma doença frequente, sendo previsível que atinja cerca de 5 % da população. A SAS representa um fator de risco significativo para as doenças cardio e cerebrovasculares. Como tal, está associada à mortalidade por estas patologias. Relaciona-se, ainda, com o desenvolvimento de insulino-resistência e diabetes *mellitus*.
- b) A sonolência diurna excessiva (SDE), uma das manifestações cardinais da doença, é uma das principais causas de acidentes de viação e condiciona, por outro lado, o regular desempenho profissional. A SAS pode ter, portanto, custos em saúde (diretos e indiretos) significativamente elevados.
- c) No adulto, a SAS é uma doença tratável, em primeira linha, por ventilação por pressão positiva. Esta controla a sonolência diurna excessiva e as manifestações clínicas da doença, reduzindo a morbidade e mortalidade cardiovascular.

Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica

- a) A cifoescoliose e as doenças neuromusculares (DNM), lentamente progressivas, constituem as mais antigas e bem sucedidas indicações para a ventilação não invasiva (VNI).
- b) Nas DNM rapidamente evolutivas a VNI aumenta a sobrevida e melhora a qualidade de vida dos doentes. A in-exsuflação mecânica amplifica estes benefícios. A traqueostomia tem um papel residual. A VNI modificou a história natural de doenças como a distrofia muscular de Duchenne e a atrofia espinhal tipo II. O controlo das complicações cardiovasculares é o limite à sobrevida destes doentes.
- c) Na esclerose lateral amiotrófica (ELA) a VNI também melhora a qualidade de vida e aumenta a sobrevida, ainda que de forma não tão significativa como noutras patologias neuromusculares. Nestes doentes a profundidade do envolvimento bulbar condiciona a eficácia da ventilação e o prognóstico da doença. Mais do que em qualquer outra patologia, na ELA, a VNI deve ser complementada com ajudas inspiratórias (como a in-exsuflação mecânica) e o suporte nutricional, nomeadamente através de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG).

- d) Para os DMN a questão central que hoje se coloca é a redefinição dos critérios para iniciar VNI, defendendo-se, cada vez mais, o início precoce baseado em parâmetros fisiológicos, como a hipoventilação noturna e a diminuição dos volumes e força muscular.
- e) Na doença pulmonar obstrutiva crónica, pelo menos em alguns doentes, a VNI melhora a qualidade de vida e diminui o número de internamentos. O aumento da sobrevida passa pela forma de ventilar, nomeadamente pela utilização de pressões inspiratórias mais elevadas.

Ventiloterapia em idade pediátrica

- a) Na criança, a sonolência diurna é infrequente como manifestação de SAS, devendo a suspeição diagnóstica ser colocada perante uma situação clínica de risco (síndromes malformativas crânio-faciais ou patologia do sono associada a retardamento do crescimento). O exame diagnóstico é feito por estudo poligráfico do sono.
- b) Na criança, a ventilação deve, também, ser considerada em situações sem indicação cirúrgica ou de forma transitória, na estabilização do doente prévia à cirurgia.
- c) A ventilação de longa duração (VLD) em pediatria sofreu uma enorme evolução nos últimos 10 anos. É agora prática aceite que um ambiente familiar é preferível ao hospital, para cuidar de uma criança com IRC que precisa de suporte ventilatório crónico.
- d) Muitas crianças podem agora ser apoiadas com VNI, um facto que representa uma considerável simplificação de cuidados.
- e) A VNI em crianças com DNM tem demonstrado benefícios evidentes em termos de resultados e aceitabilidade pelos doentes e registou o maior aumento do suporte ventilatório domiciliário nos últimos anos.
- f) A VNI aumentou, também, significativamente em crianças com perturbações respiratórias relacionadas com o sono e na hipoventilação/obesidade sintomática.

V - APOIO CIENTÍFICO

- a) Elsa Soares Jara (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz.
- b) A presente Norma foi visada pelo presidente da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição de:
 - i. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;
 - ii. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação;
 - iii. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;
 - iv. Sociedade Portuguesa de Pediatria;
 - v. Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- d) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de

protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

BIBLIOGRAFIA

Ambrosino, N., N. Carpenne, et al. (2009). "Chronic respiratory care for neuromuscular diseases in adults." *Eur Respir J* 34(2): 444-451.

American Academy of Sleep Medicine (AASM). *International Classification of Sleep Disorders*. Westchester, AASM, 2005.

Circular Normativa nº 6/DSPCS, de 07/06/2006, Direção-Geral da Saúde. Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários

Clinical Indications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Chronic Respiratory Failure Due to Restrictive Lung Disease, COPD, and Nocturnal Hypoventilation A Consensus Conference Report. *Chest*, 1999. 116(2): p. 521-534.

Consensus. "Clinical Indications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Chronic Respiratory Failure Due to Restrictive Lung Disease, COPD, and Nocturnal Hypoventilation. A Consensus Conference Report." *Chest* 116(2): 521-534.

Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal, Relatórios da Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários 2011: Proposta de atualização da Circular Normativa Nº 06/DSPCS da Direção-Geral da Saúde e Boas Práticas em Cuidados Respiratórios Domiciliários, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/cuidados+respiratorios.htm>.

Dreher, M., I. Rauter, et al. (2007). "When should home mechanical ventilation be started in patients with different neuromuscular disorders?" *Respirology* 12(5): 749-753.

Gay P, Weaver T., Loube D., Iber C. – Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. A review by the positive airway pressure task force of the standards of practice committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep* 2006;29: 381-401

Institut National D'Assurance Maladie-Invalidité (Belgique)- Convention relative au diagnostique et au traitement du SOAS.

Kushida CA, Littner MR, Hirshkowitz M, Mogenthaler TI, Alessi CA, Bailey D, Boechecke B, Brown TM, Coleman J, Friedman L, Kapen S, Kapur VK, Kramer M, Lee-Chiong T, Owens J, Pancer JP, Swick TJ, Wise MS. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *An American Academy of Sleep Medicine Report. Sleep* 2006; 29: 375-380.

Lloyd-Owen, S.J. et al. – Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. *Eur. Respir J*. 2005; 25(6): 1025-1031

Loube D, Gay P, Strohl K, Pack A, White D, Collop N. Indications for positive airway pressure treatment of adult obstructive sleep apnea patients. *Chest* 1999; 115: 863-866

Marques A., J. Moita, et al. (2005). "Pulmonary function in Duchenne muscular dystrophy patients before and after noninvasive ventilation." *Eur Respir J* 26(Suppl. 49): 85 s.

Muir, J.-F., C. Molano, and A. Cuvelier, NIV and obstructive lung diseases, in *Noninvasive Ventilation*. 2008, European Respiratory Society Journals Ltd. p. 203-223.

Simonds, A. K. (2008). NIV and neuromuscular disease. Noninvasive Ventilation, European Respiratory Society Journals Ltd. 41: 224-239.

Ward, S., M. Chatwin, et al. (2005). "Randomised controlled trial of non-invasive ventilation (NIV) for nocturnal hypoventilation in neuromuscular and chest wall disease patients with daytime normocapnia." Thorax 60(12): 1019-1024.

Simonds, A.K., Recent advances in respiratory care for neuromuscular disease. Chest, 2006. 130(6): p. 1879-86.

Weitzenblum, E., et al., Overlap syndrome: obstructive sleep apnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac Soc, 2008. 5(2): p. 237-41.

Windisch, W., et al., Outcome of Patients With Stable COPD Receiving Controlled Noninvasive Positive Pressure Ventilation Aimed at a Maximal Reduction of P_aCO₂*. Chest, 2005. 128(2): p. 657-662.

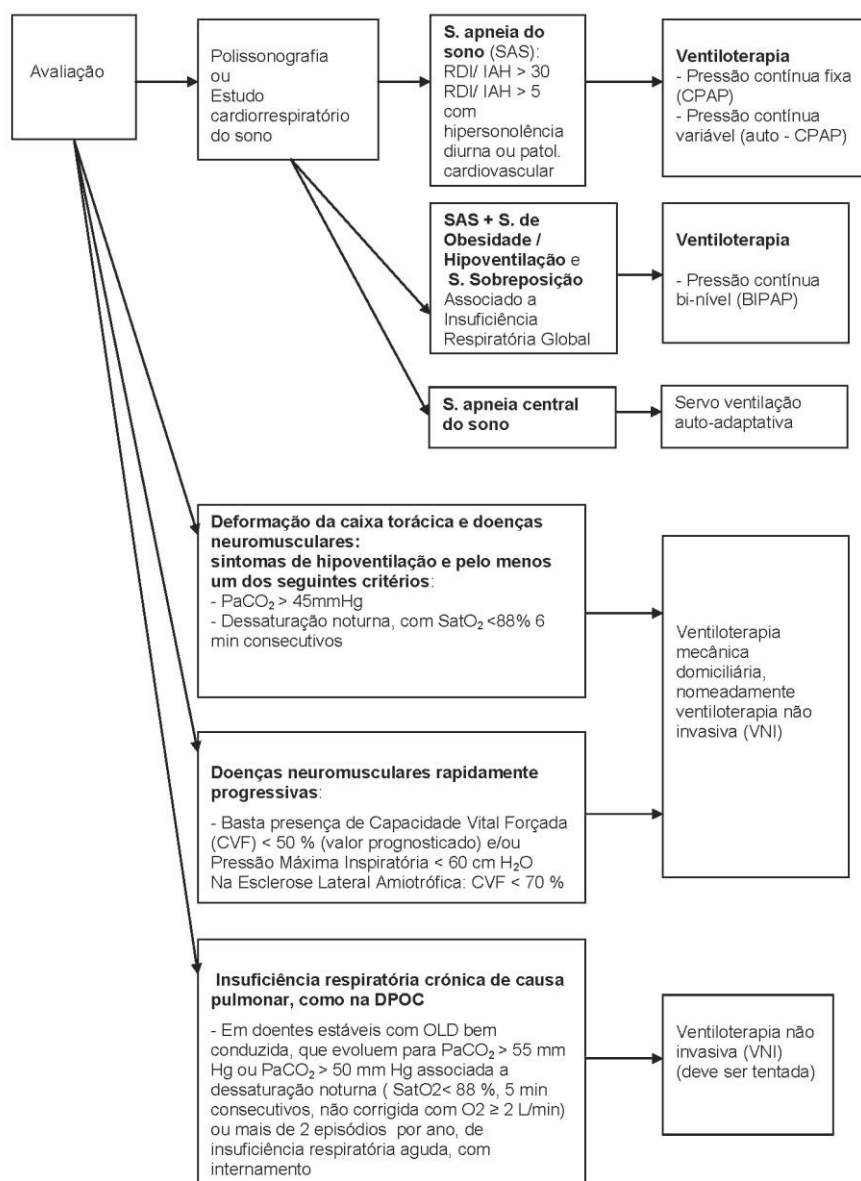


Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

FLUXOGRAMA DE PRESCRIÇÃO DE VENTILOTERAPIA NO DOMICÍLIO

Fluxograma de prescrição de Ventiloterapia no domicílio



REGRAS DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD)

A prescrição de CRD deve ser feita obrigatoriamente por via eletrónica. Quando a prescrição eletrónica não for possível, utilizar-se-á um formulário único, de uso obrigatório em todas as administrações regionais de saúde, com base no conteúdo do formulário eletrónico.

A prescrição inicial de CRD deverá respeitar as regras estabelecidas na presente Norma, em coerência com a evidência científica vigente.

Os médicos prescritores deverão ter competência na área respetiva e acesso aos meios técnicos necessários à fundamentação da prescrição.

O uso ocasional e justificado deste suporte impresso, no caso do sistema eletrónico já tiver sido implementado, deve ser seguido do seu registo no sistema informático em tempo julgado oportuno.

A prescrição deve incluir quatro componentes: identificação, prescrição, fundamentação clínica e temporal.

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

A 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, especialmente os que se referem à fundamentação com os critérios fisiopatológicos aplicáveis.

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

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

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de 90 (noventa) dias, finda a qual a prescrição termina, se a mesma não for renovada.

A folha de prescrição impressa, destinada aos casos residuais, em que a via eletrónica não seja possível, disporá de uma cópia com identificação por código de barras ou outro sistema.

O original do pedido de prestação de CRD seguirá para a empresa fornecedora, via doente. Uma cópia, com todos os elementos, técnicos e clínicos, destina-se ao processo clínico e permitirá o posterior registo na aplicação informática de suporte, quando aplicável.

No site da Direção-Geral da Saúde onde este formulário pode ser descarregado está acessível um resumo das indicações de prescrição e instruções para um correto preenchimento do formulário.

BILHETES DE IDENTIDADE

Designação	Percentagem de pessoas inscritas com prescrição de ventiloterapia		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFETIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objetivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de utentes
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter prescrição de ventiloterapia Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise		
Observações			
Fator crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de inscritos com prescrição de ventiloterapia	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de inscritos	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de custos com ventiloterapia no total de custos com cuidados respiratórios domiciliários		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ARS
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objetivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a proporção de custos de ventiloterapia no total de custos com terapêuticas respiratórias domiciliárias		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de custos
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Custos totais com ventiloterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários contabilizados		
Observações			
Fator crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Custos totais com ventiloterapia	SIEF	€
B - Denominador	Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários	SIEF	€

Designação	Percentagem de custos com ventiloterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ARS
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objetivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a proporção de custos de ventiloterapia no total de custos com meios complementares de terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de custos
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Custos totais com ventiloterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com meios complementares de terapêutica contabilizados		
Observações			
Fator crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Custos totais com ventiloterapia	SIEF	€
B - Denominador	Custos totais com meios complementares de terapêutica	SIEF	€