

ESCALA USP DE GRAVIDADE – AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OHB

ITENS	PONTOS		
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
IDADE	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
TABAGISMO		Leve / Moderado	Intenso
DIABETES		Sim	
HIPERTENSÃO ART. SIST		Sim	
QUEIMADURA		< 30% superfície corporal	>30% superfície corporal
OSTEOMIELITE		Sim	Com exposição óssea
TOXEMIA		Moderada	Intensa
CHOQUE		Estabilizado	Instável
INFECÇÃO / SECREÇÃO		Moderada	Acentuada
> DIÂMETRO DA > LESÃO	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
CREPITAÇÃO SUBCUTÂNEA	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm
CELULITE	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
INSUF. ARTERIAL AGUDA		Sim	
INSUF. ARTERIAL CRÓNICA			Sim
LESÃO AGUDA		Sim	
LESÃO CRÓNICA			Sim
ALTERAÇÃO LINFÁTICA		Sim	
AMPUTAÇÃO / DESBRIDAMENTO	Em risco	Planejada	Executada
DRENO DE TÓRAX		Sim	
VENTILAÇÃO MECÂNICA		Sim	
PERÍNEO / MAMA / FACE			Sim

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos:

- G I : < 10 pontos ()
 G II : 11 a 20 pontos ()
 G III : 21 a 30 pontos ()
 G IV : > 31 pontos ()

INSTRUÇÕES

SUS	CONVÊNIOS	PARTICULAR
1 – Levar Este documento preenchido para autorização, na Secretaria Municipal de Saúde (Av. São Carlos, 947), 2 – Aguardar agendamento que será realizado pela Santa Casa de São Carlos, Setor da Câmara Hiperbárica.	1 – Anexar guia de autorização e autorizar no Seu convênio. 2 – Entregar a guia autorizada e a escala e dados preenchidos, na Santa Casa de São Carlos, Setor da Câmara Hiperbárica.	Entre em contato com o Nosso departamento comercial, pelo telefone: (16) 3509 - 1281

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	IDADE:
Nro Cartão Nacional do SUS:	SEXO:

2 – IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO:

NOME:	CRM:
Especialidade:	

CARIMBO E ASSINATURA

3 – DADOS DA PATOLOGIA

A) Indicação Clínica

B) Início e tempo de evolução da doença (em caso de lesão, informar local e tamanho)

C) Relato detalhado do caso clínico (com tratamentos já realizados)
