

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:		N° Afiliado:		
Edad:	Sexo:	Peso:	Talla:	Ocupación:
Domicilio:		Teléfono:		

TIPOS DE INDICACIÓN

Oxigenoterapia Crónico Domiciliario:	<input type="checkbox"/>	Según Consensos Nacionales, criterios de O.C.D.;oxigenoterapia de largo plazo
Oxigenoterapia en Situaciones Especiales:		Insuficiencia Respiratoria por enfermedades cardiovascular, neoplásticas,transitorios, paliativa, etc.

DIAGNÓSTICO

Enfermedades que origina su insuficiencia respiratoria:					
Enfermedad asociada:					
Fuma:	<input type="checkbox"/>	Ex Fumador:	<input type="checkbox"/>	Nunca Fumó:	<input type="checkbox"/>

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

Se moviliza por sus propios medios: SI NO Está permanentemente en la cama: SI NO
 Realiza actividades fuera de la casa: SI NO Está en programa de rehabilitación respiratoria: SI NO
 Está en internación domiciliaria: SI NO Es visto por el médico una vez al mes: SI NO

SOLICITUD DE OXÍGENO:

<input type="checkbox"/> - Por primera vez: (gases en sangre arterial, adjuntar fotocopia 2 tomas)
Pa O2: <input type="text"/> Pa CO2: <input type="text"/> pH: <input type="text"/> Saturación: <input type="text"/>
Si la pO2 está entre 55 y 60 mmHg:
Poliglobulia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ECG: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hipertensión Pulmonar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hto Actual: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> - Primera renovación a los 30-60 días (adjuntar informes gases en sangre arterial)
Pa O2: <input type="text"/> Pa CO2: <input type="text"/> pH: <input type="text"/> Saturación: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> - Renovación cada 6 meses Saturación de O2 basal Saturación de O2 con flujo indicado
Pa O2: <input type="text"/> Pa CO2: <input type="text"/> pH: <input type="text"/> Saturación: <input type="text"/>

FUENTE DE SUMINISTRO DE OXÍGENO:

Oxígeno gaseosos (tubo) <input type="checkbox"/> Concentrador de Oxígeno <input type="checkbox"/> Oxígeno líquido con mochila (freelox) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

INDICACIONES DE USO:

Bigotera: <input type="checkbox"/> Máscara: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>
Flujo Indicado: <input type="text"/> l/min Horas diarias de uso: <input type="text"/>

Certifico que el paciente reúne los criterios necesarios para recibir oxigenoterapia domiciliaria
 San Luis, de de 20

Firma sello profesional Neumólogo / Cardiólogo

REQUISITOS

OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA / V.N.I.

1. PEDIDO MEDICO DE SOLICITUD/RENOVACION CON:

*DATOS FILIATORIOS COMPLETOS

*EQUIPO QUE SOLICITA CON CARACTERISTICAS ESPECIALES DE CORRESPONDER (ES INDISPENSABLE COLOCAR FLUJO DE OXIGENO COMO NIVELES DE CPAP/BIPAP)

*DIAGNOSTICO DEL PACIENTE

*FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA SEGÚN CORRESPONDA

2. ADJUNTAR HISTORIA CLINICA QUE JUSTIFIQUE LA PRESCRIPCION CORRESPONDIENTE

3. PLANILLA DE DATOS DE OXIGENOTERAPIA/VENTILACION.

4. ESTUDIOS RECIENTES EN RELACION A LA ENFERMEDAD POR LA CUAL SOLICITA LA PROVISION DE LOS MISMOS.

ANTE UN CAMBIO DE EQUIPAMIENTO DEBERA ACTUALIZAR TODO EL PEDIDO MEDICO ADJUNTANDO HISTORIA CLINICA CORRESPONDIENTE JUSTIFICANDO DICHO CAMBIO Y PLAN DE OXIGENOTERAPIA (LITROS/MIN, HORAS, EQUIPOS QUE UTILIZA ETC)