

FORMULARIO DE SOLICITUD - OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Apellido y Nombres: N° de Afiliado:

Edad: Sexo: Domicilio:

Teléfono: Peso: Talla: IMC:

DATOS DEL RESPONSABLE

Ap. y Nomb.:

Teléfono:

TIPOS DE INDICACIÓN

Oxígeno Crónico Domiciliario: (OCD)

Oxigenoterapia en situaciones especiales

DIAGNÓSTICO

Enfermedad que origina su insuficiencia respiratoria:

Enfermedades asociadas:

Nunca fumó: Si No

Ex fumador: Si No

Fumador actual: Si No

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

Se moviliza por sus propios medios: Si No

Está permanentemente en cama: Si No

Realiza actividades fuera de su casa: Si No

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD DE OXÍGENO

Por primera vez: Gases en sangre arterial

Informe Función Pulmonar:

Pa O₂:

Pa CO₂:

PH:

Sat O₂ ____ %

EcoCardioMB:

Espirometría:

Polisomnografía:

Test de marcha:

Adjuntar Informes

Renovación cada 6 meses: Historia clínica: Evaluación:

FUENTE DE SUMINISTRO DE OXÍGENO (marque según corresponda)

CPAP:

BPAP:

Concentrador Oxígeno:

Oxígeno Líquido con Mochila (freelox):

Otros (detallar):

N° estimado de tubos/mes:

Otros:

INDICACIONES DE USO

Bigotera:

Máscara:

Otros:

Flujo indicado: 1/minuto

Horas diarias de uso:

Certifico que el paciente reúne los criterios necesarios para recibir oxigenoterapia domiciliaria.

El Médico Firmante debe ser Neumólogo

___ de _____ de 20___

Firma y sello del Profesional