

Solicitud de CPAP / BiPAP

Datos del afiliado:

Fecha: / /

Nombre y Apellido:
Documento:
Número de afiliado:
Teléfono: Mail:
Domicilio:
Localidad: Código postal:
Médico de Cabecera:
Matrícula: Mail:

Historia Clínica:

(Enfermedad que motiva la indicación, comorbilidades, historia de tabaquismo)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

→ Espirometría (adjuntar)

.....
.....
.....
.....
.....

→ Polisomnografía (adjuntar)

.....
.....
.....
.....
.....

Estado general del paciente

- Se moviliza por sus propios medios
- Está permanentemente en cama
- Realiza actividades fuera de su casa
- Está en internación domiciliaria

Equipo solicitado

CPAP:

pacientes con SAHOS de grado moderado – grave (IPR \geq 15 eventos/hora) . SAHOS leve (IPR entre 5 y 14.9 eventos/h) asociado a:
somnolencia diurna excesiva (Epworth > 11) y/o deterioro cognitivo y/o a comorbilidades cardiovasculares y cerebro vasculares.

BiPAP:

pacientes en los cuales el SAHOS se asocia con hipoventilación alveolar, enfermedades neuromusculares, EPOC con hipercapnia, alteraciones de caja torácica y obesidad/hipoventilación.

Horas de uso

..... hs.

Uso simultáneo de oxígeno

- Sí No

Firma y sello del médico