

Solicitud de Oxigenoterapia Domiciliaria

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:

Tipo y N° Doc:

N° de afiliado:

Calle:

N°:

Piso:

Depto:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Tel:

Mail:

Médico de cabecera:

Matrícula:

Mail:

HISTORIA CLÍNICA

(Enfermedad que motiva la indicación, comorbilidades, historia de tabaquismo actual/ex /nunca)

TIPOS DE INDICACIÓN

- Oxígeno crónico domiciliario:** Pacientes que reúnen criterios de Consensos Nacionales PaO₂ menor 55 mm Hg, fuera del período agudo, o PaO₂ entre 55-60 mm Hg que tenga poliglobulia o hipertensión pulmonar.
- Oxigenoterapia en situaciones especiales:** Pacientes con Insuficiencia Respiratoria, PaO₂ por debajo de 60 mm Hg, con Enfermedades neoplásicas Avanzada, enfermedades cardiovasculares incapacitantes, o cuadros transitorios para favorecer el alta hospitalaria.

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

- Se moviliza por sus propios medios SÍ NO
- Está permanentemente en cama SÍ NO
- Realiza actividades fuera de su casa SÍ NO
- Está en internación domiciliaria SÍ NO

SOLICITUD DE OXÍGENO

Gases en sangre arterial (ADJUNTAR)

Pa O2 _____ Paco2 _____

Sat O2 _____ pH _____

Informe Función pulmonar (ADJUNTAR)

FUENTE DE SUMINISTRO DE OXÍGENO

- Oxígeno gaseoso (tubo)
- Concentrador de oxígeno
- Oxígeno líquido con mochila (freelox)
- Otros (detallar)

N° estimado de tubos/mes:

INDICACIONES DE USO

- Bigotera
- Máscara
- Otros (detallar)

Flujo indicado: _____ Litros/minuto

Horas diarias de uso: _____

OTROS

- ASPIRONEBULIZADOR
- ASPIRADOR MANUAL
- TUBO DE BACKUP
- OXIMETRO DE PULSO
- TERMOHUMIDIFICADOR
- AMBU adulto / pediátrico

Otros (detallar)

Firma y sello del Médico