

FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO:.....
EDAD..... SEXO.....
PESO..... TALLA..... BMI.....
D.N.I N°..... N° DE MATRICULA.....
DELEGACION.....
DOMICILIO.....
TELEFONO..... TELEFONOMOVIL.....
LOCALIDAD.....

2. DATOS MEDICOS

MEDICO PRESCRIPTOR (neumonólogo).....
INSTITUTO MEDICO DE REFERENCIA.....

INDICACIÓN

Oxígeno Crónico Domiciliario: (OCD).....

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..

DIAGNOSTICO

ENFERMEDAD QUE ORIGINA LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

.....
.....

ENFERMEDADES ASOCIADAS

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

ANTECEDENTES TOXICOS

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

DURACION DE TRATAMIENTO.....

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO QUE RECIBE.....

.....
.....

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

SE MOVILIZA POR SUS PROPIOS MEDIOS..... REALIZA ACTIVIDADES FUERA DE SU CASA.....

ESTA EN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA.....

ESTA EN INTERNACION DOMICILIARIA.....

SOLICITUD DE OXIGENO

PRIMERA VEZ

GASES EN SANGRE ARTERIAL:

Pa O2..... Pa CO2..... PH..... SAT. O2.....%
ECOCARDIOGRAMA.....

SI LA Pa O2 ESTA ENTRE 55 Y 60 MMHG

POLIGLOBULIA SI NO

ECG SI NO

HIPERTENSION PULMONAR SI NO

HTO ACTUAL.....

RENOVACION

SATURACION DE O2 BASAL..... SATURACION O2 CON FLUJO INDICADO.....

INDICACION DE USO:

BIGOTERA.....

CANULA.....

MASCARA.....

OTROS.....

FLUJO DE O2.....lts/min.

CANT. HS/DIA.....hs/día

3. FUENTE DE OXIGENO

OXIGENO GASEOSO (TUBO)..... OXIGENO GASEOSO (TUBO PORTATIL).....

CONCENTRADOR DE OXIGENO.....

OXIGENO LIQUIDO CON MOCHILA (FREELOX).....

CANT/MES.....

FECHA..... /..... /.....

.....
Firma y Aclaración Médico Solicitante

ADJUNTAR:

- 1) RECETA MÉDICA
- 2) FORMULARIO EXPEDIDO POR EL CPCE, COMPLETO
- 3) GASOMETRIA BASAL ACTUALIZADA
- 4) INFORME DE ESPIROMETRIA
- 5) INFORME DE RX DE TORAX
- 6) RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
- 7) ESTUDIOS QUE EL ESPECIALISTA CONSIDERE REFERENTES

RENOVACION: Cada 6 meses, un familiar o responsable deberá presentarse en la DELEGACION CPCE correspondiente y solicitar la renovación de la prestación adjuntando nuevamente la Planilla de Solicitud de Oxigenoterapia Domiciliaria.