

Solicitud de Ventilación No Invasiva Domiciliaria (VNI d)

Datos Personales del Afiliado

Apellido y Nombre:			Nro. de Autorización:	
Edad:	Sexo:	Domicilio:	Nro. de Afiliado:	
Teléfono:	Peso:	Talla:	BMI:	Ocupación actual:

Equipo Solicitado

CPAP: <input type="checkbox"/> _____ BiPAP: <input type="checkbox"/> _____ Otros: <input type="checkbox"/> _____	Informe sobre Función Pulmonar : _____ _____ _____
Diagnóstico principal: _____	
Enfermedades Asociadas: _____	

Solicitud de Equipo por

Primera Vez:

 Primera renovación 30 - 60 días:

 Renovación cada 6 meses:

Estado General del Paciente

- Se moviliza por sus propios medios:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- Está en prog. de rehabilitación respiratoria:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Está permanentemente en cama:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- Está en internación domiciliaria:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Realiza actividades fuera de su casa:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- Es visto por su médico una vez al mes:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Niveles de Presión Indicados

● IPAP: _____ ● EPAP: _____	Horas de Uso: _____	Uso Simultáneo del Oxígeno: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	---------------------	--

Adjuntar estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico la primera vez, y luego cuando sean solicitados (POLISOMNOGRAFÍA, GASES EN SANGRE ARTERIAL, OXIMETRÍA NOCTURNA)

Resumen Médico que Justifiquen el Tratamiento

Certifico que el Sr. / Sra. _____
 reúne criterios para ventilación no invasiva.

Recibió entrenamiento completo

_____ de _____ de 20 _____

El Médico Firmante debe ser Neumólogo.

 Firma y sello

Teléfono: _____