



Solicitud de Oxigenoterapia Domiciliaria

Datos personales del Afiliado

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

Tipos de indicación

Oxígeno Crónico Domiciliario: (OCD)	<input type="checkbox"/>	Pacientes que reúnen criterios de Consensos Nacionales PaO2 menor 55 mm Hg, fuera del periodo agudo, o PaO2 entre 55-60 mm Hg que tenga poliglobulia o hipertensión pulmonar.
Oxigenoterapia en situaciones especiales	<input type="checkbox"/>	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..

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 <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"/>

Solicitud de Oxígeno

- Por primera vez: Gases en sangre arterial **- Informe Función Pulmonar** _____

Pa O2: Pa CO2: PH: Sat O2 _____ % EcoCardioMB:

- Si la Pa O2 está entre 55 y 60 mm Hg

- Poliglobulia: Si No - ECG: Si No - Hipertensión Pulmonar: Si No - Hto actual:

-(Adjuntar Informes)

- Primera Renovación a los 30-60 días (Adjuntar Informes)

Gases en sangre arterial Pa O2: Pa CO2: PH: Saturación:

- Renovación cada 6 meses Saturación de O2 basal: Saturación O2 con flujo indicado:

Fuente de Suministro de Oxígeno: (marque el que corresponda)

- Oxígeno Gaseoso (tubo): - Concentrador de Oxígeno: - Oxígeno Líquido con Mochila (freelox:.)

- Otros: (detallar) _____

- Nro. estimado de tubos/mes: _____ - Otros: _____

Indicaciones de Uso

- Bigotera: - Máscara: - Otros:

- Flujo indicado: l/minuto - Horas diarias de uso:

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

_____ de _____ de 20 _____

El Médico Firmante debe ser Neumólogo.

Firma y sello