



# SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA



## DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE					N° DE AUTORIZACION
EDAD	SEXO	DOMICILIO			N° DE AFILIADO
TELEFONO		PESO	TALLA	BMI	OCUPACION ACTUAL

## Tipo de Indicacion

<b>Oxigeno Domiciliario</b>	<input type="checkbox"/>	Pacientes EPOC con PaO <sub>2</sub> en reposo menor de 55 mmHg fuera del periodo agudo o PaO <sub>2</sub> entre 55-60 mmHg que tenga poliglobulia o hipertension pulmonar. Otras indicaciones: desaturacion en ejercicio o sueño.
<b>Oxigenoterapia Situaciones Especiales u otras indicaciones</b>	<input type="checkbox"/>	Otras patologias respiratorias con PaO <sub>2</sub> debajo de 60 mmHg (HTP-Fibrosis pulmonar-F.quistica), neoplasias avanzadas, enfermedades cardiovasculares incapacitantes o cuadros transitorios para favorecer el alta hospitalaria. Cefalea en racimo.
<b>Tiempo estimado de tratamiento:</b>		

## Diagnostico

Enfermedad que origina la indicacion de oxigenoterapia:
Enfermedades Asociadas:

## Estado General del Paciente

Se moviliza por sus propios medios	SI	NO	Esta en programa de rehabilitacion respiratoria	SI	NO
Esta permanente en cama	SI	NO	Esta en internacion domiciliaria	SI	NO
Realiza actividades fuera de su casa	SI	NO	Es visto por su medico periodicamente	SI	NO

## Solicitud de Oxigeno

<input type="checkbox"/> <b>Inicio de Tratamiento</b>	Informe Espirometria:					
Gases en Sangre Arterial	PaO <sub>2</sub> :	PaCO <sub>2</sub>	pH	Sat O <sub>2</sub>	Ecocardiograma Doppler	SI NO
	TAC de Torax	SI NO	Poliglobulia	SI NO	HTPulmonar	SI NO
					Hcto Actual	<input type="text"/>
<b>Test de Marcha 6' (oxigenoterapia para deambular)</b>						

<input type="checkbox"/> <b>Renovacion</b>	Gases en Sangre Arterial		PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pH	% Sat O <sub>2</sub>
Rx de Torax	SI	NO	Espirometria (opcional)	SI NO	Test Marcha 6'	SI NO
(Adjuntar Informes)						

## Fuente de Suministro de Oxigeno

(marque el que corresponda)

Oxigeno gaseoso (tubo)	<input type="checkbox"/>	Concentrador de O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	Oxigeno liquido con mochila (FreeLox)	<input type="checkbox"/>
Otros (detallar)	<input type="text"/>				
N° estimado de tubos/mes		Otros			

## Indicaciones de Uso

Bigotera	<input type="checkbox"/>	Mascara	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="text"/>
Flujo Indicado	<input type="text"/>	l/min	Horas diarias de uso	<input type="text"/>	

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

El medico firmante debe ser neumonologo

Fecha

Firma y Sello