



# SOLICITUD DE VENTILACION MECANICA DOMICILIARIA



## DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

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

## Equipo Solicitado

<input type="checkbox"/> DISPOSITIVO BI-NIVEL C/ FCIA RESPALDO Y BATERIA INTERNA	<input type="checkbox"/>	VENTILACION NO INVASIVA
<input type="checkbox"/> DISPOSITIVO RESPIRADOR CONVENCIONAL	<input type="checkbox"/>	VENTILACION INVASIVA
<input type="checkbox"/> DISPOSITIVO RESPIRADOR BACK UP		
<input type="checkbox"/> BATERIA EXTERNA BACK UP		
<input type="checkbox"/> OXIMETRO CON ALARMA Y BATERIA INTERNA		
Diagnostico Principal: (ETIOLOGIA - ADJUNTAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS)		
Enfermedades Asociadas:		

## Dependencia Asistencia Respiratoria

<input type="checkbox"/> MENOR 12 HS/DIA	<input type="checkbox"/> MAYOR 12 HS/DIA	<input type="checkbox"/> 24 HS/DIA
--	--	------------------------------------

## Estado General del Paciente

Esta permanente en cama	SI	NO	Esta en internacion domiciliaria	SI	NO
			Es visto por su medico una vez al mes	SI	NO

## Solicitud de Equipo por

<input type="checkbox"/> Inicio de Tratamiento	<input type="checkbox"/>	RX DE TORAX	POLIGRAFIA	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ESPIROMETRIA	TAC DE TORAX	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ESTADO ACIDO BASE	EMG	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	OXIMETRIA NOCTURNA	RMN DE SNC	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	PSG	OTROS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Renovacion anual				
Informe de Evolucion Clinica				

## Niveles de Presion Indicados

- IPAP	<input type="text"/>	- EPAP	<input type="text"/>	HORAS DE USO	USO SIMULTANEO DE OXIGENO
					SI NO
Interfaz:					

## Resumen medico que justifique el Tratamiento


**Certifico que el paciente  
reune los criterios necesarios para recibir VMD**

Recibio entrenamiento completo

Fecha

El medico firmante debe ser neumonologo

Firma y Sello

Telefono