



SOLICITUD DE VENTILACION NO INVASIVA DOMICILIARIA (VNI) SAHOS



DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

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

Equipo Solicitado

CPAP <input type="checkbox"/> BiPAP <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Informe Funcion Pulmonar (si corresponde): _____ _____ _____
Diagnostico Principal:	
Enfermedades Asociadas-Co-Morbilidades:	

Solicitud de Equipo por

<input type="checkbox"/> Inicio de Tratamiento
Informe Polisomnografia-Poligrafia:
Informe ORL (opcional):
<input type="checkbox"/> Renovacion 1° vez (6 meses)
Informe de Tasa de Uso (hs por dia/dias por semana)
<i>Debe adjuntarse impresion de informacion del dispositivo con tasa de uso de los ultimos 90 dias</i>
<input type="checkbox"/> Renovacion subsiguiente (anual)
Informe de Tasa de Uso (hs por dia/dias por semana)
<i>Debe adjuntarse impresion de informacion del dispositivo con tasa de uso de los ultimos 90 dias</i>

Estado General del Paciente

Se moviliza por sus propios medios	SI	NO	Manejo conductual de SAHOS	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

Niveles de Presion Indicados

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

Resumen medico que justifique el Tratamiento

Certifico que el paciente

reune los criterios necesarios para recibir ventilacion no invasiva

Recibio entrenamiento completo

Fecha

El medico firmante debe ser neumonologo

Firma y Sello

Telefono