

SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA**Concentrado - Mochila - Eq. de O₂ líquido - Tubos****Datos Obligatorios /**

Fecha: ___ / ___ / ___

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

N° de afiliado: _____ Sexo: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Correo electrónico: _____

Empresa de Emergencia y Urgencia Médica: _____ Socio N°: _____

Teléfono ante la emergencia: _____

Tipo de vivienda / Casa en PB Casa de dos plantas Edificio de departamentos Casilla Zona urbana Zona sub urbana Zona rural Barrio de emergencia**Tipo de alimentación eléctrica de su vivienda /** Energía eléctrica 220 W con medidor Energía eléctrica sin medidor Por generador Sin energía eléctrica

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS /

	SI	NO	
Estabilidad Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cantidad/día _____
Hipertensión Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cor Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliglobulia Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disnea de Esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula con ocasionales salidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal _____
Actividad conservada (trabajo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar _____

Fuente de oxígeno elegida: _____**Fuente de oxígeno alternativa:** _____Horas de uso: _____ Flujo por minuto: _____ Ahorrador: SI NO

Período estimado de tratamiento: _____

Observaciones: _____

Sello y firma del Médico solicitante
(Neumólogo- Esp.en vías respiratorias)

Tel. de contacto _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS /

- Espirometría

- 2 (dos) Gasometrías con 2 (dos) semanas como mínimo de diferencia en período de estabilidad para comienzo de la provisión (para renovación 1 (una) gasometría)

- RX de tórax

- Prueba de la marcha de los 6 minutos cuando esté indicado (P02 mayor o igual a 60 mm de Hg.)

LOS DATOS DEBERÁN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES CARECIENDO DE VALIDEZ SIN ELLOS.