

SOLICITUD DE ASISTENCIA VENTILATORIA

/ CPAP- BPAP- Respirador- Oxímetro de pulso- Monitores de apnea /

*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

Observaciones: _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

CPAP*: _____

Valor de EPAP*: _____ Rampa*: Si No Tiempo*: _____

BiPAP*: _____

Valor de EPAP*: _____ Valor de IPAP*: _____

Frecuencia de back-up*: Si No Rampa*: Si No Tiempo*: _____

Máscara siliconada Especial Tipo: _____ Motivo: _____

***RESPIRADOR:** _____

Médico o empresa de internación domiciliar responsable del control y seguimiento del paciente en domicilio:

Ventilación*: Invasiva No invasiva Modo ventilatorio*: _____

Parámetros ventilatorios*: _____

Volumen corriente: _____ Relación I/E _____ FIO2: _____

PEEP: Si No Valor: _____ Otros: _____

* Sello y firma del Médico solicitante

Teléfono de contacto: _____

LOS DATOS DEBERÁN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS/

