

ANEXO V / SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

***Datos obligatorios/** Fecha: _____

Apellido y Nombres*: _____ Edad*: _____

N° de afiliada/o*: _____ 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 suburbana
 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: _____

DIAGNÓSTICO*: _____

TRATAMIENTO*: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS* /

	SI	NO	
Estabilidad Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad/día _____
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cor Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliglobulia Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal _____
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"/>	
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

Periodo estimado de tratamiento: _____

Firma y sello de la/el médica/o solicitante*
(Neumóloga/o especialista en vías respiratorias)

Teléfono de contacto

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS:

- Espirometría.
- 2 (dos) Gasometría con 2 (dos) semanas como mínimo de diferencia en período de estabilidad para el comienzo de la provisión, (para la renovación) 1 (una) gasometría.
- RX de torax.
- Prueba de Caminata de los 6 minutos (PO2 igual o mayor a 60 mm de Hg y disnea a los esfuerzos habituales).

LOS DATOS DEBERÁN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES.