

SOLICITUD DE ASISTENCIA VENTILATORIA

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

*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/a 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*/

Ventilación*: ☐ Invasiva ☐ No invasiva Modo ventilatorio*: _____

Parámetros ventilatorios*: _____

Volumen corriente: Relación I/E: Fi O2: _____

PEEP: ☐ SI ☐ NO Valor: Otros: _____

LOS DATOS DEBERAN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS:

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

Teléfono de contacto