

FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

(*) Datos obligatorios

*Apellido y nombre del titular: _____ *Edad:

*Documento N°: N° de Afiliado: Sexo:

*Teléfono: _____ *Teléfono Alternativo: _____

*Dirección: _____ *Localidad: _____

Email: _____

*Tipo de Vivienda

- ☐ Casa en PB
- ☐ Casa de dos plantas
- ☐ Edificio de departamentos
- ☐ Zona Urbana
- ☐ Zona rural

*Tipo de alimentación eléctrica en su vivienda:

- ☐ Energía eléctrica 220 W con medidor
- ☐ Energía eléctrica sin medidor
- ☐ Por generador
- ☐ Sin Energía Eléctrica

bservaciones: _____

Diagnóstico*: _____

Tratamiento*: _____

Datos complementarios*:

	SI / NO
Estabilidad Clínica	
Tabaquismo	
Hipertensión Pulmonar	Cantidad/ Día: _____
Cor Pulmonar	
Poliglobulia Secundaria	
Disnea de Esfuerzo	
Deambula	
Deambula con ocasionales salidas	Frecuencia Semanal: _____
Actividad conservada (trabajo, etc)	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*
(neumonóloga/o especialista en vías respiratorias)

Teléfono de contacto

Exámenes complementarios solicitados*:

Espirometría

- 2 (dos) Gasometrías con 2 (dos) semanas como mínimo de diferencia en periodo de estabilidad para el comienzo de la provisión, (para la renovación) 1 (una) gasometría.
- RX de tórax.
- 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*

EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA*