

## SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA

### Concentrado - Mochila - Eq. de O<sub>2</sub> 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 /**

- |                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casa en PB  | <input type="checkbox"/> Casa de dos plantas | <input type="checkbox"/> Edificio de departamentos | <input type="checkbox"/> Casilla              |
| <input type="checkbox"/> Zona urbana | <input type="checkbox"/> Zona sub urbana     | <input type="checkbox"/> Zona rural                | <input type="checkbox"/> Barrio de emergencia |

**Tipo de alimentación eléctrica de su vivienda /**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Energía eléctrica 220 W con medidor | <input type="checkbox"/> Energía eléctrica sin medidor | <input type="checkbox"/> Por generador | <input type="checkbox"/> 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.**