

**ANEXO -
FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA.**

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDO: _____

BENEFICIO N°: _____

U.G.L.: _____ AGENCIA: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

2. DATOS MEDICOS:

DIAGNÓSTICO: _____

CENTRO MÉDICO DE CÁPITA: _____

MÉDICO PRESCRIPTOR: _____

• **INDICACIÓN FLUJO:**

FLUJO DE OXIGENO: _____ LTS/MIN.

CANT. DE HS/DÍA: _____ HS/DÍA.

• **DISPOSITIVO DE SUMINISTRO:**

* BIGOTERA: *CÁNULA: *MÁSCARA NASAL: *MÁSCARA NASAL CON MENTONERA

*MÁSCARA BUCO-NASAL:

3. FUENTE DE OXIGENO (marcar con una X):

• TUBO FIJO:

• TUBO PORTATIL:

• MOCHILA DE OXIGENO:
(con reservorio)

• CONCENTRADOR:

• NEBULIZADOR / ASPIRADOR:

• CPAP: Valor CPAP (CMH20) : _____ Termohumidificador:

• AUTO-CPAP: Pres. Min.: _____ Pres. Max.: _____ Termohumidificador:

• BPAP: Termohumidificador:

• BPAP - C/Frec. De Back UP PEP: _____ PIP: _____ FR: _____ Termohumidificador:

• RESPIRADOR MECANICO: Termohumidificador:

• **COMPLETAR SI REQUIERE OXIGENOTERAPIA:**

PUERTO DE OXIGENO: WHISPER:

RESUMEN MÉDICO JUSTIFICANDO EL TRATAMIENTO:

4. OTROS DATOS:

DURACIÓN DE TRATAMIENTO: _____

MEDICACIÓN PRESCRIPTA: _____

GASOMETRÍA BASAL: PO2: _____ PCO2: _____ SATO2: _____

ESPIROMETRÍA – conclusión- : FVC: _____ FEV: _____

PRIMERA SOLICITUD: SI NO FECHA: __/__/__

RENOVACIÓN (**6 meses**): SI NO FECHA: __/__/__

Firma y Sello Médico Tratante.

Firma y Sello Agente I.N.S.S.J.Y.P.