

**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: ☐ *OTROS:.....

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

• TUBO FIJO: ☐ • CONCENTRADOR: ☐
• TUBO PORTATIL: ☐ • NEBULIZADOR / ASPIRADOR: ☐
• MOCHILA DE OXIGENO: ☐ (con reservorio)

• 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.

