

**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: _____ CRONICA AGUDA
 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:	<input type="checkbox"/>	• CONCENTRADOR C/tubo fijo Hasta 4lts/min.	<input type="checkbox"/>
• TUBO PORTATIL:	<input type="checkbox"/>	• NEBULIZADOR / ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>
• MOCHILA DE OXIGENO: (con reservorio)	<input type="checkbox"/>		

• CPAP:	<input type="checkbox"/>	Valor CPAP (CMH20) : _____	Termohumidificador:	<input type="checkbox"/>
• AUTO-CPAP:	<input type="checkbox"/>	Pres. Min: _____ Pres. Max: _____	Termohumidificador	<input type="checkbox"/>
• BPAP:	<input type="checkbox"/>	PEP _____ PIP _____ FR _____	Termohumidificador	<input type="checkbox"/>
• BPAP - C/Frec. De Back UP	<input type="checkbox"/>	PEP _____ PIP _____ FR _____	Termohumidificador	<input type="checkbox"/>

(Equipos entregados con tarjeta de memoria)

• 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: _____

***SOLICITUD:** FECHA:/...../.....

***RENOVACION (AGUDA 6 meses):** FECHA:/...../.....

***RENOVACION (CRONICA 12 meses):** FECHA:/...../.....

*CAMPOS OBLIGATORIOS.

ESTIMADO DR:

DEBE COMPLETAR LA FECHA DE RENOVACIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ENFERMEDAD. SI ES AGUDA UN MAX DE 6 MESES Y SI ES CRÓNICA UN MAX DE 12 MESES. EN ESA FECHA EL SISTEMA DARÁ DE BAJA LA SOLICITUD Y EL PROVEEDOR RETIRARÁ EL O LOS INSUMOS OTORGADOS. (Infórmese al afiliado/a)

**EN CASO DE SEGUIR NECESITANDO EL INSUMO, EL AFILIADO DEBERÁ REALIZAR
NUEVAMENTE CONTROL**

*Firma y Sello Médico Tratante.

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

