

Formulario de solicitud de Oxigenoterapia Domiciliaria



1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO:
BENEFICIO N°..... N° EXPTE.
UGL AGENCIA
DOMICILIO..... LOCALIDAD.....
TELÉFONO..... TELÉFONO MOVIL.....
EDAD..... SEXO

2. DATOS MEDICOS

DIAGNÓSTICO.....
MÉDICO PRESCRIPTOR (neumólogo).....
CENTRO MÉDICO DE REFERENCIA.....
INDICACIÓN
FLUJO DE O₂ lts/min.
CANT. HS/DÍA..... hs/día
DISPOSITIVO DE SUMINISTRO:
BIGOTERA CÁNULA MÁSCARA OTROS.....

3. FUENTE DE OXÍGENO

TUBOS..... m³..... CANT/MES.....
TUBO PORTATIL..... m³..... CANT/MES.....
Resp.....
CONCENTRADOR.....
MOCHILA.....
CPAP..... PRESIÓN (CMH₂O).....
OXÍMETRO.....
AUTO CPAP: P. Min:..... P. Máx:.....
BPAP.....
BPAP c/Frec de Back Up PEP..... PIP..... FR.....
HUMIDIFICADOR / CALENTADOR.....
NEBULIZADOR / ASPIRADOR.....
SATURÓMETRO..... /
RESPIRADOR MECÁNICO.....

4. OTROS DATOS

DURACIÓN DE TRATAMIENTO.....
MEDICAMENTO QUE RECIBE.....
ADJUNTA RECETA MÉDICA SI NO (excluyente)
ADJUNTA GASOMETRÍA BASAL SI NO (excluyente)
GASOMETRÍA BASAL PO₂..... PCO₂..... SATO₂.....
ESPIROMETRÍA: conclusión FVC..... FEV.....
POLISOMNOGRAFÍA.....
PRIMERA SOLICITUD SI NO FECHA..... /..... /.....
RENOVACIÓN SI NO FECHA..... /..... /.....

Firma y Aclaración Médico Solicitante

Firma y Aclaración Médico UGL