

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE EQUIPOS
OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA
"INCLUIR SALUD"

- 1. EL PEDIDO MÉDICO:** DEBE SER REALIZADO POR UN NEUMONÓLOGO.
- 2. ADJUNTAR SIN EXCEPCIÓN:** GASOMETRÍA BASAL; Y SI TUVIERA TAMBIÉN TEST DE MARCHA Y ESPIROMETRÍA.
- 3. ADJUNTAR SIN EXCEPCIÓN:** RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DONDE DEBERÁ CONSTAR EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE Y PRONÓSTICO.
- 4. DOMICILIO COMPLETO DEL PACIENTE:** ENTRE CALLE Y CALLE, BARRIO Y LOCALIDAD, DOS TEL. O CEL. COMO CONTACTO, DE FAMILIARES DIRECTOS O RESPONSABLES DE PACIENTE.
- 5. LUEGO DE LA ADJUDICACIÓN DEL EQUIPO:** EL PACIENTE DEBERÁ ENVIAR A INCLUIR SALUD (EX-PROFE) CADA 6 MESES UN INFORME DE EVOLUCIÓN REALIZADO POR EL NEUMONÓLOGO EN DONDE SE JUSTIFICARÁ LA CONTINUIDAD DEL USO DEL EQUIPO.
- 6. AL DEJAR DE UTILIZAR EL EQUIPO DE OXÍGENO:** POR CUALQUIER MOTIVO, SE DEBERÁ NOTIFICAR DE INMEDIATO A PROFE A LOS N° 0551-4688609 / 0351-4688612.
- 7. FOTOCOPIA DE:** RECIBO DE COBRO, DNI, Y CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

ES INDISPENSABLE QUE SE RESPETEN TODOS LOS ÍTEM COMPLETOS CON EL PEDIDO MÉDICO.

ATTE:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA**DATOS PERSONALES**

APELLIDO Y NOMBRE.....

N° DE BENEFICIO..... N° DE DOCUMENTO.....

DOMICILIO:..... TEL.....

EDAD..... SEXO.....

DATOS MEDICOS

DIAGNOSTICO.....

HOSPITAL DE REFERENCIA.....

INDICACIÓNFLUJO DE O2..... lts./min. Cant. hs/día..... hs/día.
Dispositivo de suministro (se proveerá por única vez)BIGOTERA ☐ MASCARA ☐ CANULA OTROS (aclarar).....**FUENTE DE OXIGENO**

CONCENTRADOR..... TUBO DE BACKUP 6 MTS..... MOCHILA DE O2

GASEOSO.....

EQUIPO BIPAP Con frecuencia..... IPAP:..... EPAP:..... FR:.....

EQUIPO BIPAP SIN FRECUENCIA..... EQUIPO CPAP..... PRESION (CMH2O).....

HUMIDIFICADOR / CALENTADOR.....

OTROS DATOS

DURACION DE TRATAMIENTO.....

ADJUNTA GASOMETRIA BASAL ☐ SI ☐ NO excluyente. PO2..... PCO2..... SATO2.....

ESPIROMETRIA: conclusión FVC..... FEV.....

PRIMERA SOLICITUD ☐ SI ☐ NO FECHA...../...../.....RENOVACIÓN ☐ SI ☐ NO FECHA...../...../.....

FIRMA Y SELLO NEUMONOLOGO

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR
INCLUIR SALUD

HOSPITAL O LUGAR DE ATENCIÓN

HISTORIA CLÍNICA (estado actual) Formulario para completar en todos sus ítems

Adjuntar informes escritos de estudios previos de laboratorio, diagnósticos por imágenes, etc.

ARELLANO Y NOMBRE

NÚMERO DE BENEFICIO

EDAD

TELÉFONO

ANTECEDENTES PERSONALES Y HERED. FAMILIARES

DOMICILIO

HISTORIA CLÍNICA

RESUMEN HISTORIOGRÁFICO ACTUAL

DIAGNÓSTICO

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

TRATAMIENTO / S PROPUESTO

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO