



SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

Datos personales del Afiliado

Apellido y Nombre:			N° de Afiliado:		
Edad:	Sexo:	Domicilio:			
Teléfono:		Peso:		Talla:	

Tipo de Indicación

Oxígeno Crónico Domiciliario (OCD):	Pacientes que reúnen criterios de Consensos Nacionales PaO2 menores 55 mm Hg, fuera del periodo agudo, o PaO2 entre 55-60 mm Hg que tenga poliglobulia o hipertensión pulmonar.
Oxigenoterapia en situaciones especiales:	Pacientes con Insuficiencia Respiratoria, PaO2 por debajo de 60 mm Hg, con Enfermedades neoplásicas Avanzada, enfermedades cardiovasculares incapacitantes, o cuadros transitorios para favorecer el alta hospitalaria.
Tiempo Estimado:	

Diagnóstico

Enfermedad que origina su insuficiencia respiratoria:	
Enfermedades asociadas:	

Estado General del Paciente

Se moviliza por sus propios medio:	SI	NO	Está en programa de rehabilitación respiratoria:	SI	NO
Está permanentemente en cama:	SI	NO	Esta en Internación Domiciliaria:	SI	NO
Realiza actividades fuera de su casa:	SI	NO	Es visto por su médico una vez al mes:	SI	NO

Solicitud de Oxígeno

Gases en Sangre arterial								
Pa O2:		Pa CO2:		PH:		Sat O2	%	EcocardiogramaDoppler:

Informe Función Pulmonar:				
FVC:		FEV ₁		

Polisomnografía:

Si la Pa O2 es igual o mayor a 60 mm Hg						
Poliglobulia:	SI	NO	Hipertensión Pulmonar:	SI	NO	Hto Actual:
Test de Marcha de los 6 (Seis) Minutos:						
(ADJUNTAR INFORMES)						

Fuente de Suministro de Oxígeno (marque el que corresponda)

Tubos:	m ³	Cant./Mes:		Tubo Portátil:	m ³	Concentrador:		Concentrador Portátil:	
--------	----------------	------------	--	----------------	----------------	---------------	--	------------------------	--

CPAP		P. Min:		P. Máx:		BPAP:	
------	--	---------	--	---------	--	-------	--

Humidificador – Calentador para BPAP/CPAP		BPAP con Frecuencia:	
---	--	----------------------	--

Indicaciones de Uso

Bigotera:		Máscara:		Flujo indicado:		L/Minuto	Horas diarias de uso:	
-----------	--	----------	--	-----------------	--	----------	-----------------------	--

Certifico que el paciente reúne los criterios necesarios para recibir oxigenoterapia domiciliaria.	
_____ de _____ de 20_____	
Firma y Sello	
El Médico Firmante debe ser Neumólogo, Cardiólogo, Terapeuta o Internista.	

Firma Auditor D.O.S.