

SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

Apellido y Nombre:		DNI:	
Edad:	Sexo:	Peso:	Talla:

TIPO DE INDICACIÓN (marque lo que corresponda)

Oxigeno Crónico Domiciliario(OCD)	Paciente que reúne criterios de Consensos Nacionales PaO2 < 55 mm Hg, fuera del periodo agudo, o PaO2 entre 55-60 mmHg. que tenga Poliglobulia o Hipertensión Pulmonar
Oxigenoterapia en situaciones especiales	Pacientes con Insuficiencia Respiratoria PaO2 de 60 mmHg. con Enfermedades Neoplásicas Avanzada, Enfermedades Cardiovasculares Incapacitantes, o cuadros transitorios para favorecer el alta hospitalaria
Tiempo estimado:	

DIAGNOSTICO:

Enfermedad que origina su insuficiencia respiratoria :	
Enfermedades asociadas:	

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

Se moviliza por sus propios medios	SI	NO
Esta permanentemente en cama	SI	NO
Realiza actividades fuera de su casa	SI	NO

SOLICITUD DE OXIGENO (ADJUNTAR INFORMES DE ESTUDIOS)

Gases en sangre arterial							
PaO2:		PaCO2:		PH:		Sat. O2:	%

Ecocardiograma Doppler:	NORMAL	PATOLOGICO
-------------------------	--------	------------

Informe de Función Pulmonar:	NORMAL	PATOLOGICO	
FVC:		FEV1:	

Polisomnografía:	NORMAL	PATOLOGICO
------------------	--------	------------

Si la PaO2 es igual o mayor a 60 mmHg.							
Poliglobuia	SI	NO	Hipertensión Pulmonar	SI	NO	Hto. Actual:	
Test de la marcha de los 6 minutos:							

FUENTE DE SUMINISTRO DE OXÍGENO (marque lo que corresponda)

TUBOS:	m3	Cant./mes:		TUBO PORTÁTIL:	m3	CONCENTRADOR:		CONCENTRADOR PORTÁTIL:	
---------------	----	------------	--	-----------------------	----	----------------------	--	-------------------------------	--

OXIGENO LIQUIDO CON MOCHILA (freelox):		CPAP:		P MIN:		PMX:		BPAP:	
---	--	--------------	--	---------------	--	-------------	--	--------------	--

Conector de Cánula Traqueal		Mascara de O2 para traqueostomía	
-----------------------------	--	----------------------------------	--

Bigotera		Mascara		flujo indicado:		l/ min	horas diarias de uso	
----------	--	---------	--	-----------------	--	--------	----------------------	--

Certifico que el paciente reúne los criterios necesarios para recibir oxigeno domiciliario.

_____ de _____ del 20_____

Firma y Sello
(Medico Neumonologo ,Cardiólogo, Terapista o Internista)

Firma y Sello
Medico Auditor