

Datos Personales

Apellido y Nombre:		Nº Afiliado	Mail:
Edad:	Sexo:	Domicilio:	Teléfono

Solicita

Primera vez 1ra renovación a los 30 a 60 días Renovación cada 6 meses

Equipo solicitado:

CPAP Auto CPAP BIPAP BIPAP con frecuencia Otros

Diagnóstico principal

Enfermedades asociadas

Estado general del paciente:

- Peso: - Talla: - Índice de masa corporal:

- Se moviliza por sus propios medios: No Si - Está en programa de rehabilitación respiratoria: No Si

- Esta permanentemente en cama: No Si - Está en internación domiciliaria: No Si

- Realiza actividades fuera de su casa: No Si - Es visto por su médico una vez al mes: No Si

Niveles de presión indicados

● IPAP: ● EPAP: ● Frecuencia:

Horas de uso

Máscara

Nasal Oronasal Traqueostomía

Humidificador

No Si

Uso simultáneo de oxígeno

No Si

Adjuntar estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico la primera vez y luego cuando sean solicitados según corresponda (Polisomnografía y/o poligrafía c/ titulación de CPAP, polisomnografía nocturna, gases en sangre arterial, oximetría nocturna, espirometría, TAC de tórax)

Resumen médico que justifique el tratamiento

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Certifico que el Sr. / Sra.

reune criterios para ventilación no invasiva.

Mendoza..... de de 20.....

.....
Firma y sello

El médico firmante debe ser Neumólogo (reconocido por Consejo Deontológico).
Teléfono:.....