

N° Autorización:

Datos personales

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

Tipos de indicación

Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD)	<input type="checkbox"/>	Pacientes que presentan: 1- PaO ₂ menor de 55 mmHg y/o 2- PaO ₂ entre 55 - 60 mmHg que tengan poliglobulia y/o hipertensión pulmonar.
Oxigenoterapia nocturna (ON)	<input type="checkbox"/>	Paciente sin hipoxemia diurna con demostración de desaturación nocturna (SpO ₂ < 90% durante al menos un 30% del tiempo total de registro) y secuelas relacionadas con la hipoxia (poliglobulia o signos de ICD).
Oxigenoterapia ambulatoria (OA)	<input type="checkbox"/>	Paciente no candidato a OCD que desaturan al esfuerzo después de una evaluación formal (SpO ₂ <= 88% durante 2 min.) que incluya la demostración de mejoría con su administración suplementaria al test de marcha (SpO ₂ >= 90%, mejoría de disnea y distancia recorrida) y durante el ejercicio en un programa de rehabilitación respiratoria.
Oxigenoterapia paliativa (OP)	<input type="checkbox"/>	Pacientes oncológico con disnea refractaria a pesar de tratamientos con opiáceos y que presentan una SpO ₂ < a 92%.
Oxigenoterapia de ráfaga corta (ORC)	<input type="checkbox"/>	Paciente que presenta cefaleas en racimo y/o enfermedades cardiovasculares incapacitantes y/o para propiciar el alta hospitalaria en enfermedades agudas que presenten una PaO ₂ < a 60 mmHg.

Diagnóstico

Enfermedad que origina su insuficiencia respiratoria
Enfermedades asociadas
Nunca Fumó: <input type="checkbox"/> Ex fumador: <input type="checkbox"/> Fumador actual: <input type="checkbox"/>

3- Estado general del paciente

Se moviliza por sus propios medios	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Está en prog. de rehabilitación respiratoria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Está permanentemente en cama	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Está en internación domiciliaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Realiza actividades fuera de su casa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es visto por su médico una vez al mes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Solicitud de Oxígeno

<input type="checkbox"/> Por primera vez : -Si la Pa O ₂ ≤ 55mmHg (adjuntar informes)* Pa O ₂ : <input type="text"/> Pa CO ₂ : <input type="text"/> pH: <input type="text"/> Saturación: <input type="text"/>
- Si la Pa O ₂ está entre 56 y 60 mmHg (adjuntar informes)* signos ECG de sobrecarga de VD: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hematocrito actual:
<input type="checkbox"/> - Primera renovación a los 30-60 días (adjuntar informes)* Gases en sangre arterial Pa O ₂ : <input type="text"/> Pa CO ₂ : <input type="text"/> pH: <input type="text"/> Saturación: <input type="text"/> con oxígeno <input type="text"/> sin oxígeno <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> - Renovación cada 6 meses Saturación de O ₂ basal: <input type="text"/> Saturación O ₂ con flujo indicado: <input type="text"/>

* Gasometría arterial / Espirometría / Test de marcha / TAC de toráx / Volumen pulmonar / DLCO / Biopsia pulmonar / Oximetría nocturna / Ecocardiograma / ECG

4- Fuente de suministro de oxígeno: (marque el que corresponda)

Fuentes fijas: - Oxígeno gaseoso (tubo): <input type="checkbox"/> - Concentrador con tubo de backup: <input type="checkbox"/>	Fuentes móviles: - Oxígeno gaseoso (tubo ultraliviano): <input type="checkbox"/> - Concentrador portátil: <input type="checkbox"/>	- Oxígeno líquido con mochila (freelox): <input type="checkbox"/>
--	---	---

5- Indicaciones de uso

- Bigotera: <input type="checkbox"/> - Máscara: <input type="checkbox"/> - Flujo indicado: <input type="text"/> l/minuto	- Horas de uso diario: <input type="text"/>
- Uso simultáneo de VNI y/o CPAP: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	- Traqueostomía: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> - Otros: <input type="text"/>

Certifico que el paciente reúne los criterios necesarios para recibir oxigenoterapia domiciliaria.

Mendoza, de de 20.....-

.....
Firma y sello

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