

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"/> - Oxígeno líquido con mochila (freelox): <input type="checkbox"/> - Concentrador portátil: <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).