

## Solicitud de oxigenoterapia ambulatoria y domiciliaria y equipamientos respiratorios

Por favor, imprimir, completar y entregar las **tres** hojas

Nombre y apellido del paciente:	
D.N.I.:	N° de afiliado:
Plan:	Dos teléfonos de contacto:
Domicilio:	
E-mail:	
Fecha de nacimiento:	Edad:

ALTA ☐

BAJA ☐

Este formulario debe ser completado por un neumonólogo o cardiólogo. Solo en el caso de pacientes pediátricos menores a 15 años o en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos puede ser completado por el médico de cabecera.

### Enfermedad y antecedentes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Equipo solicitado:.....

Interfase:.....

Setting:.....

Flujo:.....L/min.

Tiempo estimado de uso:.....

¿Fuma el paciente?: SI / NO (Tache lo que no corresponda).

### 1. Exámenes complementarios que justifican el pedido

Completar esta sección es obligatorio **excepto** en los casos de pedido de CPAP o BiPAP exclusivamente.

En pacientes bajo cuidados paliativos o en pacientes pediátricos menores a 15 años completar únicamente si es relevante al pedido.

**Gases en sangre arterial<sup>1</sup>** (en lo posible, tomar la muestra luego de 30 minutos de respirar aire ambiente):

Fecha.....

pH	pCO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	EB	SO <sub>2</sub>
----	------------------	-----------------	------------------	----	-----------------

<sup>1</sup> Adjuntar copia del protocolo

**Presión de la arteria pulmonar por ecocardiografía Doppler o por cateterismo:**

Fecha:.....

PSAP:	PMAP:
-------	-------

**Saturación de oxígeno por oximetría de pulso:** .....% (FiO2 0.21)

**Espirometría<sup>2</sup>:**

Fecha:.....

Índice:	CVF.....L.....%	VEF <sub>1</sub> .....L.....%
---------	-----------------	-------------------------------

**Último resumen de laboratorio en sangre:**

Fecha:.....

Hto.		Urea		Na	
Albúmina		Creatinina		K	

**2. Resumen de las imágenes de importancia:**

.....

.....

.....

.....

**3. Exámenes complementarios obligatorios que justifican el pedido de CPAP o BiPAP por trastornos del sueño:**

**Polisomnografía:**

Fecha: .....

Índice de perturbación del sueño:.....

Conclusión:.....

**4. Valoración de las actividades de la vida diaria que realiza el paciente cotidianamente:**

Es obligatorio marcar con un círculo lo que corresponda excepto en pacientes pediátricos menores a 15 años.

- A<sub>1</sub>. Trabaja fuera de la casa
- A<sub>2</sub>. Independiente en todas sus funciones pero en el ámbito doméstico.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del inodoro y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del inodoro, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D,E o F.

**5. Diagnóstico definitivo:.....**

<b>Firma del médico</b>	<b>Sello</b>	<b>Teléfono de contacto</b>
-------------------------	--------------	-----------------------------

<sup>2</sup> Adjuntar copia del protocolo

**PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO AUDITOR**

☐

**SE AUTORIZA LA SOLICITUD**

**Describir el periodo de tiempo por el cual está autorizada la provisión del dispositivo/de oxígeno:**

☐

**NO SE AUTORIZA LA SOLICITUD**

**Motivo del rechazo:**

Una vez finalizado este período deberá solicitarse nuevamente con la documentación respaldatoria si fuera necesario.

**Fecha:.....**

<b>Firma del médico AUDITOR</b>	<b>Sello</b>	<b>Teléfono /Interno UP</b>
---------------------------------	--------------	-----------------------------