

# FORMULARIO OXÍGENO DOMICILIARIO



Solicito la provisión de: \_\_\_\_\_

**A COMPLETAR POR EL/LA NEUMONÓLOGO/A**

<b>Primer Pedido</b>	<b>Sí</b>	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>
----------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------

<b>BENEFICIARIO</b>				
<b>CUIL/DNI N°*:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Peso:</b>	<b>Talla:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Domicilio*</b>	<b>Localidad*</b>			
<b>Teléfono*</b>	<b>E-mail*</b>			

\* Campos obligatorios

## DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS

Enfermedad de Base **1** **2**

Antecedentes: Tabaquismo  Ex  Actual  Paq/Año

Laboral  Ex  Actual

Tratamiento actual farmacológico

AKR  Rehabilitación  Ventilación Invasiva  No Invasiva

## PARÁMETROS DE INDICACIÓN DE OXIGENOTERAPIA

Ingreso  Renovación

Sat O2 en reposo  Con O2

Espirometría (opcional): CVF  FEV1  FEV1%  PEF

Gases en sangre basales:

PH  PO2  PCO2  HCO3  SAT  PA/FIO2 (Opcional)

Indicación: Continuo  Nocturno  Ejercicio  Intermitente

Flujo Indicado:  l/min. Se modifica  horas/días indicada

Fuente: O2  Gaseosa  Concentrador  Líquida

Sistema de administración:  Máscara  Cánula nasal

-----  
Firma del Paciente

-----  
Firma y Sello del Especialista

**Datos del profesional:**

Domicilio

e-mail

Teléfono

**Fecha de prescripción:**

**Fecha de renovación:**

**Ante el fallecimiento del paciente que utiliza el servicio dirigirse a la oficina de discapacidad de la  
Obra Social (Las Piedras 530)**