

**ANEXO -
FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA.**

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDO: _____
 BENEFICIO N°: _____
 U.G.L.: _____ AGENCIA: _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
 TELÉFONO: _____ CELULAR: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____

2. DATOS MEDICOS:

DIAGNÓSTICO: _____
 CENTRO MÉDICO DE CÁPITA: _____
 MÉDICO PRESCRIPTOR: _____

• **INDICACIÓN FLUJO:**

FLUJO DE OXIGENO: _____ LTS/MIN.
 CANT. DE HS/DÍA: _____ HS/DÍA.

• **DISPOSITIVO DE SUMINISTRO:**

* BIGOTERA: *CÁNULA: *MÁSCARA NASAL: *MÁSCARA NASAL CON MENTONERA:
 *MÁSCARA BUCO-NASAL: *OTROS:.....

3. FUENTE DE OXIGENO (marcar con una X):

• TUBO FIJO: • CONCENTRADOR:
 • TUBO PORTATIL: • NEBULIZADOR / ASPIRADOR:
 • MOCHILA DE OXIGENO: (con reservorio)

• CPAP: Valor CPAP (CMH20) : _____ Termohumidificador:
 • AUTO-CPAP: Pres. Min.: _____ Pres. Max.: _____ Termohumidificador:
 • BPAP: Termohumidificador:
 • BPAP - C/Frec. De Back UP PEP: _____ PIP: _____ FR: _____ Termohumidificador:
 • RESPIRADOR MECANICO: Termohumidificador:

• **COMPLETAR SI REQUIERE OXIGENOTERAPIA:**

PUERTO DE OXIGENO: WHISPER:



RESUMEN MÉDICO JUSTIFICANDO EL TRATAMIENTO:

4. OTROS DATOS:

DURACIÓN DE TRATAMIENTO: _____

MEDICACIÓN PRESCRIPTA: _____

GASOMETRÍA BASAL: PO2: _____ PCO2: _____ SATO2: _____

ESPIROMETRÍA – conclusión- : FVC: _____ FEV: _____

PRIMERA SOLICITUD: SI NO FECHA: ___/___/___

RENOVACIÓN (**6 meses**): SI NO FECHA: ___/___/___

Firma y Sello Médico Tratante.

Firma y Sello Agente I.N.S.S.J.Y.P.