

ANEXO VI
PLANILLA DE SOLICITUD DE ASISTENCIA VENTILATORIA

* Datos Obligatorios

FECHA:...../...../.....

Apellido y Nombres*:		Edad*:
Nº de Afiliado:		Sexo*:
Teléfono*:	Teléfono Alternativo*:	
Dirección*:	Localidad*:	
Correo Electrónico:		
Empresa de Emergencia y Urgencia Médica*:		Socio Nº:
Teléfono ante la emergencia*:		
<i>Tipo de Vivienda* :</i>		
<input type="checkbox"/> Casa en PB <input type="checkbox"/> Casa de dos Plantas <input type="checkbox"/> Edificio de Departamentos <input type="checkbox"/> Casilla <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Sub Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/> Barrio de Emergencia		
<i>Tipo de alimentación eléctrica de su vivienda* :</i>		
<input type="checkbox"/> Energía eléctrica 220W con medidor <input type="checkbox"/> Energía eléctrica sin medidor <input type="checkbox"/> Por generador <input type="checkbox"/> Sin energía eléctrica		
Observaciones :		
.....		

DIAGNOSTICO*:

TRATAMIENTO*:

CPAP*:

Valor de EPAP*:	Rampa*:	(SI NO)	Tiempo*:
Máscara: Siliconada standard <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motivo:

BiPAP*:

Valor de EPAP*:	Valor de IPAP*:			
Frecuencia de back-up*:	(SI NO)	Rampa*:	(SI NO)	Tiempo*:
Máscara*:	Siliconada standard <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motivo:

RESPIRADOR*:

Ventilación*:	Invasiva <input type="checkbox"/>	No Invasiva <input type="checkbox"/>	Modo Ventilatorio*:
Parámetros Ventilatorios*:			
Volumen Corriente:	Relación I/E:	FiO2:	
PEEP: (SI NO) Valor:	Otros:		

Sello y Firma de Médico Solicitante*

Teléfono de contacto:

LOS DATOS DEBERAN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS:
