

ANEXO V

PLANILLA DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA

* Datos Obligatorios

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

Apellido y Nombres*:		Edad*:
N° de Afiliado:		Sexo*:
Teléfono*:	Teléfono Alternativo*:	
Dirección*:	Localidad*:	
Correo Electrónico:		
Empresa de Emergencia y Urgencia Médica*:		Socio N°:
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*:

DATOS COMPLEMENTARIOS* (SI - NO)

Estabilidad Clínica	_____	_____	
Tabaquismo	_____	_____	Cantidad / Día:
Hipertensión Pulmonar	_____	_____	
Cor Pulmonar	_____	_____	
Poliglobulia Secundaria	_____	_____	
Disnea de Esfuerzo	_____	_____	
Deambula	_____	_____	
Deambula con ocasionales salidas	_____	_____	Frecuencia Semanal _____
Actividad Conservada (trabajo, etc.)	_____	_____	Especificar _____

FUENTE DE OXIGENO ELEGIDA*:		
HORAS DE USO*:	FLUJO POR MINUTO*:	AHORRADOR: (SI - NO)
PERIODO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:		

Sello y Firma de Médico Solicitante*
 (Neumólogo especialista en vías respiratorias)
 Teléfono de Contacto: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS* :

- Espirometría
- 2 (dos) Gasometrías con 2 (dos) semanas como mínimo de diferencia en período de estabilidad para el comienzo de la provisión,(para la renovación 1 (una) gasometría).
- RX de tora
- Prueba de Caminata de los 6 minutos (PO2 igual o mayor a 60mm de Hg y disnea a los esfuerzos habituales).

LOS DATOS DEBERAN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES