

Anexo 1.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA.
DATOS CLÍNICOS

Nombre y Apellido:

DNI: Fecha de nacimiento:/...../..... HC N°

Domicilio:

Examen clínico:

.....

Peso:Talla:FC:FR :

Sa a/a:Sa. Con o2:

Laboratorio:

Hemograma:.....

Urea:Ionograma :.....Albúmina:

Gases en sangre:

Rx de Tórax:

*TAC de Tórax:

*Prueba de marcha (caminata de 6 minutos)

*Espirometría: CVF:VEF1:FEF 25/75:

*Si corresponde según la edad del paciente

Diagnostico definitivo:

Anexo 2.

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DEL OXIGENO

Nombre y Apellido: HC N°.....

Domicilio: Teléfono:

Diagnostico:Requerimiento: 1/min:

Permanente: ()

Intermitente: ()

Indicación:

Fuente de Administración: (Marcar lo que corresponda)

() Tubos de oxígeno

() Concentrador de oxígeno eléctrico.

() Mochila con tubos de oxígeno para deambulación.

() Traslado del paciente en ambulancia con oxígeno a controles programados.

Horas de consumo al día:

Médico tratante:

Nombre y Apellido:

Hospital o Servicio tratante: