MEDICUS **PROGRAMA EPOC** | **SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA AMBULATORIA Y DOMICILIARIA Y EQUIPAMIENTOS RESPIRATORIOS**

Para ser llenado por el Médico Solicitante.

El pedido debe ser realizado por el médico neumonólogo o cardiólogo.

☐ **Alta**
☐ **Baja**

Fecha ___/___/___ Nombre y Apellido _____

DNI _____ Afiliado Nº _____ Plan _____

Domicilio _____ Email _____

Tel. de contacto _____ Edad _____ IMC _____ TA _____ FC _____ FR _____

Patología y Antecedentes

_____

_____

_____

_____

Equipo solicitado _____

Interfase _____

Setting _____

O^2 _____ L/m _____ Tiempo estimado de uso (meses) _____

Exámenes que justifican el pedido

Gases en sangre (para oxigenoterapia).

Sin O^2: (debe permanecer 30 minutos respirando aire ambiente).

pH _____ PCO^2 _____ PO^2 _____ HCO^3 _____ EB _____ SO^2 _____

PSAP _____ mmHg PMAP _____ SO^2 por oximetría _____

Datos de Laboratorio (para oxigenoterapia)

Hto _____ Urea _____ Creatinina _____ Na _____ K _____ Albúmina _____

Imágenes: (para oxigenoterapia)

_____

_____

Espirometría: (para oxigenoterapia) Indice _____ FVC ____ L ____ %. FEV1 _____ L _____ % _____

Polisomnografía (para trastornos del sueño) IPR _____

Diagnóstico Definitivo

_____

_____

_____ _____ _____

Firma Sello TE. Contacto

Nota: Adjuntar copia de la espirometría y protocolos de gases. Preferentemente realizarlos en forma contínua.

Para ser llenado por el Médico Auditor.

¿Se autoriza la solicitud? ☐ **Sí** ☐ **No**

Motivo del rechazo

.....

.....

.....

.....

Describir el período de tiempo por el cual está autorizada la provisión del dispositivo.

.....

.....

.....

.....

Una vez finalizado este período deberá solicitarse nuevamente la documentación respaldatoria si fuera necesario.

Firma	Sello	TE. Contacto