

# OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA O.C.D

## PLANILLA DE SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN

FECHA DE CONTROL ...../...../.....

REGIÓN SANITARIA .....

HOSPITAL .....

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: .....

Edad:..... Sexo: F - M

D.N.I Nº: .....

Dirección: ..... Teléfono: ( ..... ) .....

### TIPO DE VIVIENDA:

Casa en PB  Casa de dos plantas  Departamento  Casilla   
Zona Urbana  Zona suburbana  Zona Rural  Barrio de emergencia

### TIPO DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA DE LA VIVIENDA:

Energía con medidor  Energía sin medidor  Por generador  Sin energía

Observaciones: .....

### DIAGNÓSTICO:

### RESUMEN HISTORIA CLÍNICA:

Ecocardiograma 2D o Doppler: .....

.....

E.C.G: .....

.....

Test de Ejercicio (6 min. con Sp O2 C/2 min.): .....

.....

**EVALUACIÓN NUTRICIONAL:**

PESO: ..... TALLA: .....

.....

.....

**DATOS COMPLEMENTARIOS:** (tachar lo que no corresponda)

DEAMBULA SÍ - NO

DEAMBULA EN OCASIONALES SALIDAS SI - NO FRECUENCIA SEMANAL: .....

ACTIVIDAD CONSERVADA (trabajo, etc..) SI - NO ESPECIFICAR: .....

**INDICACIÓN DE TRATAMIENTO:** (justificación del módulo sugerido en la planilla de prescripción)

.....

.....

.....

.....

Fuente de Oxígeno Indicada: .....

Horas de uso: ..... Flujo por minuto: ..... Ahorrador: SÍ - NO

**PERIODO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:** .....

Sistema de Liberación de O2 (Cánula Nasal - Máscara): .....

.....

Firma de médico tratante

Especialista en Neumología/ Medicina Respiratoria o/ Vías Aéreas

**Observación:** los datos presentes en la planilla deben ser avalados por copia de los estudios

complementarios correspondientes:

- Espirometría
- Dos gasometrías con dos semanas como mínimo de diferencia en periodo de estabilidad para el comienzo de la provisión. Para la renovación, una gasometría.
- Copia de informe de Rx Tórax
- Prueba de la Caminata de los 6 min. (PO2 igual o mayor a 60 mm Hg y disnea a los esfuerzos habituales)

## EQUIPAMIENTO OXIGENOTERAPIA Y ASISTENCIA VENTILATORIA - INCLUIR SALUD

### MÓDULO DE TUBO **T6**

- TUBO DE OXIGENO, capacidad 6m3 de o2, calidad medicinal
- MATERIAL DESCARTABLE: 1 cánula nasal o máscara, vaso humidificador
- REGULADOR/CAUDALÍMETRO
- Control de calidad: etiquetas con control de calidad realizado.
- Característica del tubo: color blanco

### MÓDULO CONCENTRADOR DE OXIGENO CON TUBO BACK UP **CC+ T1**

- Equipo concentrador de O2
- Flujo : 0 a 5 l/min
- Material descartable: 1 cánula nasal y 1 humidificador por trimestre o por requerimiento justificado.
- Tubo de Oxígeno, Capacidad 6m3 de O2 Calidad Medicinal (*Solo para casos de Corte de la energía eléctrica*)
- Regulador/ caudalímetro
- Control de Calidad: Etiquetas del Control de Calidad realizado
- CARACTERÍSTICA DEL TUBO: Color Blanco

### MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRASNPORTE **M.U.T**

- Tubos ultralivianos de capacidad 415-425 con O2 Gaseoso
- Material descartable: 1 cánula o mascarilla
- Regulador/caudal metro
- Dos cargas semanales

### SISTEMA DE O2 CON MOCHILA (FREE LOX) **M.O.L**

- Reservoirio de 32-40 l de O2 líquido de calidad medicinal con mochila de 1-1.5 l de O2 líquido de calidad medicinal
- Material descartable: 1 vaso humidificador, 2 cánulas, 2 baterías

### EQUIPO PRESIÓN POSITIVA VÍA AÉREA **CPAP**

- Circuito paciente
- Una máscara siliconada con arnés semestral o por requerimiento justificado

### EQUIPO DE 2 PRESIONES EN VÍA AÉREA **BPAP**

- Circuito paciente
- 1 máscara con arnés

### RESPIRADORES

- Equipo completo
- 4 circuito paciente
- 1 máscara
- 15 filtros bacterianos

### OXÍMETRO SIN ALARMA **OS/A**

- Equipo completo
- Un sensor, (con reposición en caso de causa justificada)

### OXÍMETRO C/ALARMA **OCA**

- Equipo completo
- Un sensor (con reposición en caso de causa justificada)

### MONITOR DE APNEAS

- \* Equipo completo

## **MODALIDADES TERAPÉUTICAS APLICADAS A:**

### **Pacientes con patologías crónicas evolutivas y/o irreversibles**

- Pacientes no ambulatorios con autonomía restringida:
  - Módulo T6
  - Módulo CC+ T1
- Pacientes no ambulatorios con ocasionales salidas del domicilio:
  - Módulo T6+ Módulo MUT
  - Módulo CC+ T1 + MUT
- Pacientes no ambulatorios con ocasionales salidas del domicilio
  - Módulo MOL

### **Pacientes con Sdmes. de Apneas obstructivas o mixtas**

- Modulo CPAP

### **Pacientes con insuficiencia ventilatoria y necesidad de asistencia mecánica no invasiva**

- Módulo BIPAP

### **Otras prestaciones:**

- Módulos OS/A- OCA
- Módulo monitor de apneas
- Módulo respiradores

### **Accesorios:** en caso de ser solicitados, se adjuntaran a los respectivos módulos:

- Termohumidificador para pacientes traqueostomizados, con intubación oro o endotraqueal, ventilación mecánica. Alquiler mensual con dos carcazas.
- Aspironebulizador con motor 14 HP, frasco de vidrio de 100 cc y máscara antidesborde.
- Válvula ahorradora de oxígeno. Alquiler mensual.

# OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

## FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN SEGÚN PATOLOGÍA

El presente formulario carece de valor sin la fundamentación de puño y letra realizada por el médico tratante en la planilla de solicitud del servicio.

REGIÓN SANITARIA..... HOSPITAL .....

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido: .....

DOMICILIO: ..... D.N.I Nº: .....

LOCALIDAD: ..... BARRIO: .....

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

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: .....

**INDICACIÓN:**

**FLUJO O2 LT/MIN.:** .....

**MÓDULO SUGERIDO:**

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| MÓDULO T6                      | <input type="checkbox"/> |
| MÓDULO CC+ T1                  | <input type="checkbox"/> |
| M.U.T                          | <input type="checkbox"/> |
| M.O.L                          | <input type="checkbox"/> |
| CPAP                           | <input type="checkbox"/> |
| BPAP C/frecuencia back up      | <input type="checkbox"/> |
| BPAP S/ frecuencia back up     | <input type="checkbox"/> |
| MÓDULO RESPIRADOR              | <input type="checkbox"/> |
| MÓDULO OSA                     | <input type="checkbox"/> |
| MÓDULO OCA                     | <input type="checkbox"/> |
| MÓDULO MONITOR APNEAS          | <input type="checkbox"/> |
| ACCESORIOS: TERMOHUMIDIFICADOR | <input type="checkbox"/> |
| ASPIRONEBULIZADOR CON MOTOR    | <input type="checkbox"/> |
| VALVULA AHORRADORA DE OXÍGENO  | <input type="checkbox"/> |

**MÓDULO OPCIONAL:** .....

Consumo mensual de O2

Hora de consumo/día: .....

Indicación válida hasta: ..... / ..... / .....

.....  
Fecha y Firma, Sello del Médico Tratante

NEUMONÓLOGO/ Medicina Respiratoria o Vías Áreas.