

Modulo prescrizione ossigenoterapia domiciliare

Codice Fiscale:

Cognome e Nome:

Data di nascita:

Residenza:

Telefono:

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Prima prescrizione

Rinnovo

Variazione

Insufficienza respiratoria cronica correlata a:

BPCO

Cifoscoliosi

Neoplasia Polmonare

I.R.C.

Malattia interstiziale polmonare

Fibrosi cistica

Malattia neuromuscolare

OSAS

Scopenso CC

Uso compassionevole

IPOSSIEMIA CONTINUA

Pa O₂ basale: _____ Pa O₂ con supplemento di O₂ (): _____

Pa CO₂ basale: _____ Pa CO₂ con supplemento di O₂ (): _____

IPOSSIEMIA INTERMITTENTE

Desaturazione notturna (SaHbO₂ < 90% per almeno il 30% del tempo di registrazione) _____

Desaturazione da Sforzo (almeno 4% durante il cammino) nadir SO₂ _____

PRESCRIZIONE:

Ossigeno liquido Dispositivo portatile: SI NO

Ossigeno gassoso (*invio al Medico Curante per prescrizione*)

oppure

Concentratore Fisso

Concentratore Portatile

Flusso: _____ litri/minuto per _____ ore/die

Eventuali note del Prescrittore _____

Durata prevista del trattamento: _____

Data

Medico Prescrittore