Sede legale: via Venezia, 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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
☐ Scompenso CC
☐ Uso compassionevole

IPOSSIEMIA CONTINUA

Pa O_2 basale: _____ Pa O_2 con supplemento di O_2 ( ):_____

Pa CO_2 basale:_____ Pa CO_2 con supplemento di O_2 ( ):_____

IPOSSIEMIA INTERMITTENTE

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

☐Desaturazione da Sforzo (almeno 4% durante il cammino) nadir SO_2 _____

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