

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:

	ICD9-CM	Descrizione
<input type="checkbox"/> BPCO	496	Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove
<input type="checkbox"/> Cifoscoliosi	737.30	Cifosi (e cifoscoliosi) idiopatica
<input type="checkbox"/> Neoplasia Polmonare	162.9	Tumori maligni del bronco o polmone, non specificato
<input type="checkbox"/> Insufficienza Renale Cronica	585.9	Malattia renale cronica, non specificata
<input type="checkbox"/> Malattia interstiziale polmonare	516.3	Alveolite fibrosante idiopatica
<input type="checkbox"/> Fibrosi cistica	277.00	Fibrosi cistica senza ileo da meconio
<input type="checkbox"/> Malattia neuromuscolare	358.9	Disturbi neuromuscolari non specificati
<input type="checkbox"/> OSAS	327.23	Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
<input type="checkbox"/> Scompenso CC	428.9	Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)
<input type="checkbox"/> Altro		

IPOSSIEMIA CONTINUA

Pa O₂basale: _____ Pa O₂ con supplemento di O₂ (): _____

PaCO₂basale: _____ 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) nadirSO₂ _____

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