

### 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 O<sub>2</sub> basale: \_\_\_\_\_ Pa O<sub>2</sub> con supplemento di O<sub>2</sub> ( ): \_\_\_\_\_

Pa CO<sub>2</sub> basale: \_\_\_\_\_ Pa CO<sub>2</sub> con supplemento di O<sub>2</sub> ( ): \_\_\_\_\_

#### IPOSSIEMIA INTERMITTENTE

☐ Desaturazione notturna (SaHbO<sub>2</sub> < 90% per almeno il 30% del tempo di registrazione) \_\_\_\_\_

☐ Desaturazione da sforzo (almeno 4% durante il cammino) nadirSO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

#### 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