JS JERÁRQUICOS

Provisión de Oxigenoterapia Domiciliaria

SOLICITUD DE PRORROGA

La siguiente solicitud deberá ser completada **cada 6 meses** por el profesional médico con la máxima precisión posible.
Será necesario, además, que realice los informes periódicos solicitados para la renovación del tratamiento.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: N° de beneficiario:

PRÓRROGA (COMPLETAR LOS MESES CORRESPONDIENTES)

Fecha de pedido: / / .

Mes 1:	Mes 2:	Mes 3:
Mes 4:	Mes 5:	Mes 6:

ESTADO CLÍNICO GENERAL DEL PACIENTE

Describir: .....

.....

.....

Cambio en la calidad de vida: Escasa mejoría ☐ Mejoría ☐ Notable mejoría ☐

Necesidad de ajuste: No ☐ Sí ☐

En caso afirmativo describir: .....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA
EN NEUMONOLOGÍA O CLÍNICA MÉDICA

EMAIL PERSONAL DEL PROFESIONAL

REV. 2 – SEPTIEMBRE 2021

JS JERÁRQUICOS

Informe de visita
Oxigenoterapia

Me dirijo a usted con el fin de transmitirle la información obtenida en la visita domiciliaria del paciente de referencia, donde se constató el equipo y se obtuvieron los siguientes datos de la terapia. El mismo se halla recibiendo tratamiento con el equipo:

- ☐ CONCENTRADOR ESTÁNDAR
- ☐ CONCENTRADOR ALTO FLUJO
- ☐ RESERVORIO Y MOCHILA DE OXÍGENO LÍQUIDO
- ☐ CONCENTRADOR PORTÁTIL
- ☐ CILINDRO
- ☐ CILINDRO DE UL

A UN FLUJO DE . . . . . l/min.

CONFORTABILIDAD*

- ☐ BUENA
- ☐ REGULAR
- ☐ MALA (FLUJO, DESCARTABLES, MOVILIDAD)

Oximetría de pulso del paciente . . . . . % basal

. . . . . % con O2

Horas de uso de O2 promedio* . . . . . horas/día

Peso*: . . . . . .

Edad*: . . . . . .

Fecha de última visita médica* ____ /____ /____

Asimismo te notificamos que el paciente cuenta Si ☐ No ☐ con prescripción médica actualizada.

REV.0 - DICIEMBRE 2021

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PARAMÉDICO

*REFERIDO POR EL PACIENTE