

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 (MARCAR LOS MESES CORRESPONDIENTES)

Fecha de pedido: / / .

Enero / Febrero / Marzo / Abril / Mayo / Junio /

Julio / Agosto / Septiembre / Octubre / Noviembre / Diciembre /

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

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:

CPAP Fijo CPAP Autoajustable Binivel Fijo Binivel Autoajustable Servoasistido

Tipo de máscara usada: Nasal Buconasal Almohadilla nasal **Horas de uso promedio*:** Horas/día

IPAP: EPAP: APE: RAMPA: EEP: Ps Max: Ps Min:

Confortabilidad* : Buena Regular Mala (presión, máscara, sequedad, otros).

Peso* Edad* Fecha de última visita médica* ____/____/____

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

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PARAMÉDICO

*REFERIDO POR EL PACIENTE