

Para ser llenado por el Médico Solicitante.

El pedido debe ser realizado por el médico neumonólogo o cardiólogo.

☐ Alta
☐ Baja

Fecha ____ / ____ / ____ Nombre y Apellido _____
DNI _____ Afiliado N° _____ Plan _____
Domicilio _____ Email _____
Tel. de contacto _____ Edad _____ IMC _____ TA _____ FC _____ FR _____

Patología y Antecedentes

Equipo solicitado _____
Interfase _____
Setting _____
O² _____ L/m _____ Tiempo estimado de uso (meses) _____

Exámenes que justifican el pedido

Gases en sangre (para oxigenoterapia).

Sin O²: (debe permanecer 30 minutos respirando aire ambiente).

pH _____ PCO² _____ PO² _____ HCO³ _____ EB _____ SO² _____
PSAP _____ mmHg PMAP _____ SO² por oximetría _____

Datos de Laboratorio (para oxigenoterapia)

Hto _____ Urea _____ Creatinina _____ Na _____ K _____ Albúmina _____

Imágenes: (para oxigenoterapia)

Espirometría: (para oxigenoterapia) Indice _____ FVC _____ L _____ %. FEV1 _____ L _____ % _____

Polisomnografía (para trastornos del sueño) IPR _____

Diagnóstico Definitivo

Firma

Sello

TE. Contacto

Nota: Adjuntar copia de la espirometría y protocolos de gases. Preferentemente realizarlos en forma continua.

¿Se autoriza la solicitud? ☐ Sí
☐ No

Motivo del rechazo

.....

.....

.....

.....

Describir el período de tiempo por el cual está autorizada la provisión del dispositivo.

.....

.....

.....

.....

Una vez finalizado este período deberá solicitarse nuevamente la documentación respaldatoria si fuera necesario.

Firma

Sello

TE. Contacto