

Prescrizione medica

Ossigenoterapia a lungo termine

FORMULARIO A

prima prescrizione

rinnovo

1. INFORMAZIONI GENERALI (da compilare in ogni sua parte)

Nome e cognome

Sesso

F

M

Data di nascita (gg/mm/aa)

Indirizzo

NPA / Località

Cantone

Telefono

Mail

N. AVS

Assicuratore

Patologia/Infortunio/Altro

2. MALATTIE DIAGNOSTICATE (selezionare la casella corrispondente)

Malattie polmonari ostruttive

(BPCO, Enfisema, etc)

Malattie polmonari restrittive

(Fibrosi polmonare, etc)

Malattie neuromuscolari

(SLA, etc)

Malattie vascolari

(Ipertensione muscolare, etc)

Malattie polmonari restrittive

(Insufficienza cardiaca, etc)

Altre malattie

(Cancro, Mucoviscosi, Ipoventilazione alveolare, Broncodisplasia)

3. ESAMI DIAGNOSTICI

si no (sintomi di cuore polmonare cronico)

CV (%)

FEV1 (%)

Esami di laboratorio

mmGH

kPa

Emoglobina (g/l)

Ematocrito (%)

Gas sanguigni arteriosi

Data (gg/mm/aa)

PaO2

PaCO2

SaO2 (%)

(1) a riposo (senza O2)

(2) a riposo (dopo >30 min con O2)

(3) sotto sforzo standard (senza O2)

(4) sotto sforzo standard (con O2)

Saturazione a riposo (senza O2)

Valore:

4. PRESCRIZIONE TERAPIA CON CONCENTRATORE O2

CONCENTRATORE PORTATILE

Modello consigliato

Ore al giorno

Impostazione sotto sforzo

Impostazione a riposo

Impostazione notturna

CONCENTRATORE STAZIONARIO

Modello consigliato

Ore al giorno

Impostazione a riposo

Impostazione notturna

5. PRESCRIZIONE TERAPIA CON OSSIGENO LIQUIDO

OSSIGENO LIQUIDO

Durata (h/giorno)

Bombola portatile

si

no

Mobilità (h/giorno)

Valvola dosatrice

si

no

Somministrazione

Flusso sotto sforzo (l/min)

Flusso a riposo (l/min)

Inizio terapia (gg/mm/aa)

Medico prescrittore (Nome e Cognome)

Data della prescrizione (gg/mm/aa)

Note

Timbro/Firma
(compreso n° RCC)

La prescrizione può essere compilata direttamente da file PDF o manualmente e dovrà essere inviata all'indirizzo e-mail prescrizioni@artsource.ch. In caso di mancata consegna all'indirizzo citato può contattarci all'indirizzo e-mail info@artsource.ch.