SOLICITUD DE TERAPIAS RESPIRATORIAS EN DOMICILIO

Apellido y Nombre del Afiliado:			Edad:
N° Afil o DU:	Sexo: M F	Peso:	TE:
Domicilio:			Ciudad:

Médico prescriptor:		Matrícula:
Especialidad:		TE:
Diagnóstico:		
Actividad esperada[1]: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	Escala de Epworth[2]: <7 ☐ 7-13 ☐ 14-19 ☐ 20-24 ☐	
Terapia solicitada: Oxigenoterapia crónica domiciliaria ☐	Dispositivo de presión positiva en vía aérea ☐	
Resumen de HC:		

Prescripción:

Flujo de oxígeno: L/min	Horas por día:	Fuente de O_2 sugerida:
Dispositivo de suministro sugerido: Bigotera ☐	Máscara con / sin reservorio ☐	Cánula traqueal ☐
Equipo de presión positiva sugerido: CPAP ☐ BiPAP ☐	Horas por día:	cmH2O:

Se recuerda que no se dará curso a pedidos con letra ilegible, o que no contengan los datos médicos mínimos del presente formulario.
Todo rechazo sobre loe adjudicado deberá ser justificado por escrito

Fecha, firma y sello:

Auditoria Médica de SEROS:

Pedido ajustado a cobertura: SI ☐ NO ☐	Relacionado con Plan Especial: SI ☐ NO ☐
Observaciones de la cobertura:	

Fecha, firma y sello:

[1] **Actividad esperada:** Sedentaria 1, Deambulación domiciliaria 2, Deamb. vecinal 3, Deamb. sin límites 4, Deporte o trabajos pesados 5.
[2] **Escala de Epworth:** Nunca se ha dormido 0, Escasa posibilidad de dormirse 1, moderada posibilidad de dormirse 2, elevada posibilidad de dormirse 3; en las siguientes situaciones: Sentado leyendo; Mirando TV; Sentado e inactivo en un lugar público; Como pasajero en un automóvil durante una hora de marcha continua; Acostado, descansando en la tarde; Sentado y conversando con alguien; Sentado, tranquilo, luego de un almuerzo sin alcohol; En un automóvil, mientras se detiene unos minutos por el tráfico.