**PIANO TERAPEUTICO OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE A LUNGO TERMINE**

|  |
| --- |
| Centro prescrittore …………………………………………………………………………………………………. Medico prescrittore (nome e cognome)…………………………………………………………………………. Tel……………………………………………………e-mail………………………………………………………… |

Paziente (nome e cognome)………………………………………………………………………………………

Data di nascita ………….Età…… Sesso M F CODICE FISCALE ………………………………

Indirizzo ………………………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………………………………………….Regione………………………………………………..

ASL di residenza…………………………………………………………………Prov…………………………..

Medico Curante……………………………………………………………………………………………………..

OLT

[\_] PRIMA ATTIVAZIONE [\_] CONFERMA [\_] VARIAZIONE [\_] CESSAZIONE

DIAGNOSI PRINCIPALE DI INDICAZIONE ALLA OTLT: …………………………………………………

COMORBIDITA rilevanti ai fini della prescivibilità OTLT:………………………………………………….

EGA BASALE: % pH .…..…PaO2 …..…...PaCO2………HCO3……………..SaO2

EGA in OTLT-FiO2 %: pH ………PaO2 …..…..PaCO2………HCO3……………..SaO2

POSOLOGIA PRESCRITTA:………………………..L/min

[\_] 24/h L/min [\_] 18/24 (notturna+sforzo) [\_] 12/24 (notturna) [\_] 6/24 (sforzo)

APPARECCHIATURA :

 [\_] O2 LIQUIDO (freelox)

 [\_] O2 LIQUIDO (freelox) + portatile

 [\_] CONCENTRATORE + OSSIGENO GASSOSO

 [\_] CONCENTRATORE PORTATILE

 [\_] CONCENTRATORE PORTATILE + OSSIGENO GASSOSO

TIPO EROGATORE:[\_] maschera venturi [\_] mascherina facciale [\_] occhialini nasali

PROSSIMO CONTROLLO PREVISTO : fra ……………….. PER CONFERMA/SOSPENSIONE OTLT

CONTROLLIPERIODICI PREVISTI [\_] ogni 3 mesi [\_] ogni 6 mesi [\_] ogni 12 mesi

Il presente piano ha validità MAX a 12 mesi dalla odierna

Data \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Timbro e firma del clinico prescrittore