



**HOJA DE SOLICITUD
PARA PRESCRIPCIÓN, SEGUIMIENTO O SUSPENSIÓN
DE TERAPIAS RESPIRATORIAS**

Apellidos		Nombre		F. Nacimiento	
Domicilio			Localidad	Cód. Postal	Provincia
NSS			Teléfono 1		Teléfono 2
Médico de familia					
<input type="checkbox"/> Pensionista		<input type="checkbox"/> Activo		<input type="checkbox"/> Desplazado	
<input type="checkbox"/> CEE					

Servicio	Dr.
	CNP

PRESCRIPCIÓN

<input type="checkbox"/> Primera	<input type="checkbox"/> Continuidad	<input type="checkbox"/> Modificación
----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

DIAGNÓSTICO

<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> S. Obesidad / Hipoventilación	<input type="checkbox"/> Enf. Interst. pulmonar
<input type="checkbox"/> Otra enfermedad obstructiva	<input type="checkbox"/> Sind. Resistencia aumentada vas.	<input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar
<input type="checkbox"/> Asma bronquial	<input type="checkbox"/> Cor. pulmonale crónico	<input type="checkbox"/> Insf. cardiaca
<input type="checkbox"/> Sind. Apnea del Sueño	<input type="checkbox"/> Enf. caja torácica / Neuromuscular	<input type="checkbox"/> Otras (Cardiopatías, neos terminales, ...)

PATOLOGÍA ASOCIADA

<input type="checkbox"/> C. Isquémica	<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Poliglobulia	<input type="checkbox"/> Otras
---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

CAPACIDAD DE DEAMBULACIÓN

<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Limitada	<input type="checkbox"/> Normal
-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

GASOMETRÍA

Fecha:	PaO ₂	PaCO ₂	SatO ₂	FiO ₂
--------	------------------	-------------------	-------------------	------------------

EFR

Fecha:	FVC	(%)	FEV1	(%)
	TIFF	(%)	FEF ₂₅₋₇₀	(%)

FUENTE DE SUMINISTRO

<input type="checkbox"/> CILINDRO (Oxigenoterapia)	<input type="checkbox"/> BIPAP (Ventiloterapia)	<input type="checkbox"/> AEROSOLTERAPIA
<input type="checkbox"/> CONCENTRADOR (Oxigenoterapia)	<input type="checkbox"/> CIPAP (Ventiloterapia)	<input type="checkbox"/> HUMIDIFICADOR
<input type="checkbox"/> MOCHILA O ₂ (Oxigenoterapia)	<input type="checkbox"/> Aspirador de Secreción	

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

<input type="checkbox"/> Gafas nasales	<input type="checkbox"/> Mascarilla	<input type="checkbox"/> Olivas nasales
--	-------------------------------------	---

FLUJO POR MINUTO

Oxígeno	L/M	O ₂ en ejercicio	L/M	CPAP	L/M	O ₂ en reposo	L/M
---------	-----	-----------------------------	-----	------	-----	--------------------------	-----

HORAS DE CONSUMO AL DÍA

<input type="checkbox"/> De 12 a 16 h. incluida la noche	<input type="checkbox"/> Mínimo 16 h. incluida la noche	<input type="checkbox"/> Todas las horas de descanso nocturno
--	---	---

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCIÓN: HASTA / /

SUSPENDER **FECHA** / /

<input type="checkbox"/> Mejora	<input type="checkbox"/> Curación	<input type="checkbox"/> No cumplimentación	<input type="checkbox"/> Exitus	<input type="checkbox"/> Otros
---------------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------

FECHA DE REVISIÓN	FECHA Y FIRMA
-------------------	---------------

H-1 26/HC