



Anexo I. SOLICITUD DE PRIMERA PRESCRIPCIÓN DE OXIGENOTERAPIA

Centro de Salud:

ALTA

A.G.S. Norte Córdoba

Servicio (Atención Especializada):

BAJA

Hospital Reina Sofía

A.G.S. Sur Córdoba

Datos del Paciente

Apellidos: Nombre:

NHC: NSS: Fecha de Nacimiento: / /

DNI: Teléfonos:

Domicilio: Localidad:

Datos del Médico Prescriptor

Nombre y Apellidos:

Nº de colegiado / C.N.P.:

Diagnóstico: EPOC

Otra Enfermedad Obstructiva

Enfermedad Intersticial Pulmonar

Enfermedad Caja Torácica/Neuromuscular

Otras

Gasometría: (Fecha: / /) PaO₂: Pa CO₂: PH:

Sat O₂ digital: (Fecha: / /):

Prescripción:

Oxigenoterapia Concentrador (COX):

Oxigenoterapia Botella (GOX):

Dosis L/Min FjO₂ Horas/día Cánula nasal/Mascarilla

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCIÓN: Fecha: / / Hasta: / / (Máximo 3 meses).

Se revisará la prescripción, una vez transcurridas ocho semanas, por su médico de Atención Primaria.

Si posteriormente persiste indicación de oxígeno remitir al Servicio de Neumología para valorar continuidad de tratamiento.

Observaciones:

FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Ejemplar para