



**ALLA UOSD DI PNEUMOTISIOLOGIA TERRITORIALE
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA
RICHIESTA DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE**

Distretto Est Tel. 0444/752248-47 Fax 0444/752347
e-mail: pneumo.territorio@aulss8.veneto.it

Distretto Ovest Tel. 0444/479511 Fax 0444/479337
e-mail: respiro@aulss8.veneto.it

Da Unità Operativa _____ Tel. _____

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____

Tessera Sanitaria _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ Cap. _____

Telefono _____ Altro recapito telefonico _____

Famigliare o altra persona di riferimento _____

L'utente e/o i familiari sono stati informati della prescrizione domiciliare di O2 sì no

L'utente vive: solo in famiglia solo con badante Casa di Riposo _____

Fumo: attivo passivo no Autosufficiente: sì no

Letto-letto/poltrona sì no deambulante extra-domicilio: sì no

Tracheostomizzato sì no modello di cannula e misura _____

Diagnosi

Emogasanalisi aria ambiente

Data _____ Pa O2 _____ mmHg Pa CO2 _____ mmHg pH _____ SaO2 _____

Emogasanalisi con arricchimento di O2 flusso _____ lt/min.

Data _____ Pa O2 _____ mmHg Pa CO2 _____ mmHg pH _____ SaO2 _____

SI PROPONE OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE:

A lungo termine flusso di _____ lt/min. ore/die _____

Al bisogno flusso di _____ lt/min. _____

Data prevista dimissione _____

Timbro e firma Medico

N.B.: Il presente modulo deve essere compilato in ogni parte, e inviato via fax all'UOSD Pneumotisiologia Territoriale con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi rispetto alla data di dimissione prevista.