

Mail: pneumologia.belcolle@asl.vt.it

Ospedale Belcolle, 2 piano, stanza 12, blocco B
Rec Tel: 0761339392

ATTIVAZIONE OSSIGENO-TERAPIA DOMICILIARE

Si comunica l'avvenuta attivazione dell'Ossigenoterapia domiciliare, secondo quanto richiesto per il

Paziente: _____

Data di nascita:

Ricoverato in: Ospedale:

DIAGNOSI:

Medico di Reparto (riportare in stampatello NOME e COGNOME):

Attivazione N° _____ :

- O₂ liquido (con dispositivo portatile SI ☐ NO ☐)
- Flusso : _____ l/min a riposo per ore _____
 _____ l/min durante la notte per ore _____
 _____ l/min sotto sforzo per ore _____
- Durata prevista del trattamento: ☐ 1 mese

 ☐ 3 mesi

 ☐ 6 mesi
- SCADENZA:

Si raccomanda visita pneumologica ambulatoriale e/o emogasanalisi prima della scadenza della fornitura di ossigeno

Viterbo,