

Distretto _____ Poliambulatorio di _____

AMBULATORIO DI PNEUMOLOGIA
PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Validità mesi (.....) dalla data di autorizzazione della A.U.S.L. di appartenenza

Data

Cognome ... Nome

Data nascita

Residenza

Tel. codice fiscale

A.U.S.L. di appartenenza Medico Curante

Diagnosi circostanziata

Esami eseguiti:

Emogasanalisi

Ossimetria notturna

Polisonnografia

Walking test

FONTE DI O2 E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE:

O2 liquido Litri/minuto per Ore/die, consumo giornalierolitri

Consumo semestrale litri

Concentratore di O2 con manutenzione ogni mesi

METODO DI SOMMINISTRAZIONE:

Occhiale nasale

Maschera Venturi Fi O2 %

Unità base completa di accessori (carrello, umidificatore e cannula nasale)

Stroller

Economizzatore di O2

Il Medico Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

SERVIZIO FARMACEUTICO

La presente autorizzazione ha validità di mesi Dalla data di rilascio

Data

Il Dirigente del Servizio Farmaceutico