



ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO DOMICILIARIO

Nº: _____

Fecha de Pedido: ____/____/____

SUCURSAL DE AIR LIQUIDE:

DOMICILIO: _____ TEL/FAX: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

Nº de Beneficiario: _____ Edad: ____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Tel.: _____

Sucursal del INSSJP: _____

FUENTE DE OXIGENO o EQUIPO

1. Tubo de oxígeno gaseoso de _____ m³, cantidad estimada ____/me _____

2. Concentrador de O₂; S/N

3. Equipo CPAP: S/N. Presión: _____ cm H₂O Rampa de inicio: 5/10/20 minutos

4. Equipo BIPAP: S/N IPAP: _____ cm H₂O EPAP _____ cm H₂O

Fr: _____/min. Rampa de inicio: 5/10/20 minutos

5. Equipo Respirador Domiciliario:

Ve: _____ ml VE: _____ ml Fr: _____ /min. I/E: _____ Modo Ventilatorio: _____

6. Lugar de comienzo de servicio: Domicilio/Particular

DISPOSITIVO DE SUMINISTRO

Bigotera o Cánula Nasal: S/N – Máscara Facial de O₂: S/N

Conector de Cánula Traqueal: S/N – Máscara O₂ para Traqueotomía: S/n

Máscara Nasal /CPAP / BIPAP / Respirador): S/N

DATOS MEDICOS

Diagnóstico: _____

Flujo de Oxígeno: _____ l/min.

Horas/Día: _____ hs,

PaO₂: _____ mm Hg. PaCO₂ _____ mm Hg

Polisomnografía: S/N

Fecha de Alta de Servicio: ____/____/____ Fecha de Baja de Servicio: ____/____/____

Firma del Médico Prescriptor:

Firma del Médico Auditor: