

ASST Ovest Milanese UOC Servizio Farmaceutico UOC Programmazione, gestione e integrazione rete sociosanitaria	MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI OSSIGENO LIQUIDO PER PAZIENTI CON IPOSSIEMIA DA COVID-19 (tampone positivo)	MAD66-B Rev0 29 luglio 2022 Pag. 1 di 2
---	--	---

**L'attivazione del servizio potrà avvenire correttamente solo se tutti i campi sono debitamente compilati.
 Per la compilazione fare riferimento al documento: IAC08 "Istruzione Prescrizione Fornitura di
 Ossigenoterapia Domiciliare" pubblicata nel sito internet aziendale.**

DATI RELATIVI LO SPECIALISTA PRESCRITTORE/MMG

(Se MMG non compilare il campo "Specialista in" e "Struttura")

Nome e Cognome _____ ☐ Specialista in _____ ☐ MMG
 Tel. _____ E-mail _____
 Struttura _____

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita __ / __ / ____ Telefono _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA

Via _____ N° civico _____
 CAP _____
 Comune _____ Prov (____)
 Nome e Cognome sul campanello _____

INDIRIZZO DI CONSEGNA (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DA INDIRIZZO DI RESIDENZA)

Via _____ N° civico _____
 CAP _____
 Comune _____ Prov (____)
 Nome e Cognome sul campanello _____

Si accertano le seguenti condizioni:

☐ **PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE**

- Saturazione ossiemoglobina in area ambiente a riposo tra 88% e 92% (Saturazione pari a _____ rilevata mediante quattro misurazioni scartando il valore più basso e utilizzando la media dei tre)
- Toracoalgia variabile
- Tosse
- Febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$
- Frequenza Respiratoria: compresa tra 25 e 30 atti respiratori al minuto

☐ **PAZIENTE IN DIMISSIONE CON PRESCRIZIONE DI OSSIGENO**

data presunta dimissione _____

ASST Ovest Milanese UOC Servizio Farmaceutico UOC Programmazione, gestione e integrazione rete sociosanitaria	MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI OSSIGENO LIQUIDO PER PAZIENTI CON IPOSSIEMIA DA COVID-19 (tampone positivo)	MAD66-B Rev0 29 luglio 2022 Pag. 2 di 2
---	--	---

OSSIGENOTERAPIA A BREVE TERMINE

Apparecchiature fornite: 1 contenitore criogenico fisso + 1 contenitore criogenico portatile

FLUSSO A RIPOSO	_____ (lt/min)	(Max 6 lt/min)
TOTALE ORE	_____	

Inizio fornitura in data _____

Termine fornitura previsto _____

DURATA IN GIORNI
(max. 90 giorni) _____

NB: Al termine del periodo indicato il paziente dovrà presentare rivalutazione specialistica ovvero dichiarazione del MMG delle tempistiche previste per la stessa in caso non fosse possibile una puntuale rivalutazione.

Data compilazione _____

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

MODALITÀ DI TRASMISSIONE PER RICHIEDERE L'ATTIVAZIONE:

Email: ossigenoterapia@asst-ovestmi.it

In alternativa alla trasmissione per mail è possibile la consegna "*brevi manu*" presso uno degli sportelli unici della nostra ASST:

- PUA Legnano – Via Candiani 2, lunedì – mercoledì – venerdì - Orario di accesso: 9.00 -12.30
- PUA Cuggiono – Via Rossetti 3, lunedì – venerdì - Orario di accesso: 9.00 -12.30
- PUA Castano Primo – Via Moroni 12, mercoledì - Orario di accesso: 9.00 -12.30
- UFF. Protesi Magenta: lunedì – mercoledì, martedì – giovedì - Orario di accesso: 8.45 -12.30
- Orario di accesso: 14.00 -15.30
- UFF. Protesi Abbiategrasso dal lunedì al giovedì - Orario di accesso: 8.45 -12.30

Tutto il materiale utile alla prescrizione del trattamento domiciliare di ossigenoterapia con ossigeno liquido e concentratori fissi/portatili è disponibile per i sig.ri Specialisti Prescrittori al seguente link:

<http://www.asst-ovestmi.it/home/modulisticamedici>