

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 _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Telefono _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA

Via _____ N° civico _____

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

INDIRIZZO DI CONSEGNA (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DA INDIRIZZO DI RESIDENZA) N° civico

CAP _____

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 _____

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.rsi Specialisti Prescrittori al seguente link:

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