



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur



Obra Social de la Provincia
de Tierra del Fuego

ANEXO III - RESOLUCIÓN PRESIDENCIA OSPTF N° RP-884-2023

“FORMULARIO DE OXIGENOTERAPIA, TTO DEL SUEÑO Y ASISTENCIA RESPIRATORIA”

Fecha...../...../ 20..... Primera solicitud: Renovación/ actualización:
 Apellido y Nombre:..... DNI.....
 Domicilio..... Localidad..... Tel.....
 Diagnóstico.....

Gases en Sangre Arterial:							
Pa O2:		Pa CO2:		PH:		Sat O2	%
Informe Función Pulmonar / Espirometría				CFV:		FEV1:	
				FEV1%:		PEF:	
Poligrafía/Polisomnografía:							
Si la Pa O2 es igual o mayor a 60 mm Hg							
Poliglobulina SI - NO:			Hipertensión Pulmonar SI - NO:			Hto actual:	
Estado general del paciente: (marcar SI - NO)							
Se moviliza por sus propios medios:		Pcte postrado:		Realiza actividades fuera de su casa:		Está en programa de rehab resp.:	

Código de equipo solicitado:
 Flujo de Oxígeno:Lts./min. / Cant.Hs de uso:hs/ día- (otro especificar):
 Para Equipo C-PAP especificar valor CM H2O..... Presión.....
 Para Equipo B-PAP especificar valores: PEP..... PIP..... FR RESP.....
 Tubo de oxígeno: SI - NO / (cantidad por mes):

<input type="checkbox"/> Bigotera*	<input type="checkbox"/> Mascaras Nasal*	<input type="checkbox"/> Mascaras tipo almohadilla*	<input type="checkbox"/> Mascaras Facial*	<input type="checkbox"/> Otro*:
<input type="checkbox"/> Cánula*	<input type="checkbox"/> Mascaras Buconasal*	<input type="checkbox"/> Mascaras Nasal Pediátrica*	<input type="checkbox"/> Mascaras Nasal o Buconasal No Ventilada*	

Duración de tratamiento/ Periodo estimado de uso:(dato obligatorio)

Firma y Sello de MÉDICO PRESCRIPTOR.....

AUTORIZACIÓN DE O.S.P.T.F. ORDEN DE PROVISIÓN N° ____ / 20__
Fecha de baja - retiro de equipo/s:/...../20.....
*Descartables de uso habitual y no habitual requieren autorización de presupuesto.
MÉDICO AUDITOR O.S.P.T.F.