

**Scheda statistica per la compilazione del registro degli ipossiemicici**

Ente Prescrittore _____

Data Compilazione _____

Data 1° prescrizione _____

1° modulo Rinnovo Morte Abbandono

Paziente (Cognome e Nome) _____

Sesso M ___ F ___ Anno di nascita _____ Tessera Sanitaria _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Telefono _____

DIAGNOSI

B.P.C.O. _____

Malattia intestiziale polm. _____

Cifoscoliosi _____

Neoplasia Polmonare _____

In attesa di trapianto _____

Fibrosi cistica _____

Malattia neuromuscolare _____

Ipertensione polmonare _____

ALTRO _____

IPOSSIEMIA CONTINUA

Pa O2 in aria _____

PaO2 con suppl. O2 _____

PaCO2 in aria _____

PaCO2 con suppl. O2 _____

IPOSSIEMIA INTERMITTENTE

Saturazione notturna (SaO2 < 90% per almeno 1-6 ore) _____

Saturazione da sforzo (durante il cammino SaO2 < 90%) _____

OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Apparecchiature prescritte Concentratore _____

Bombole _____

O2 liquido con portatile _____

O2 liquido senza portatile _____

Flusso sotto sforzo lt/min _____

Flusso a riposo lt/min _____

Flusso notturno lt/min _____

Totale ore _____

Ventilazione meccanica domiciliare SI' _____ NO _____

Il Medico prescrittore _____
(firma elettronica)

Codice fiscale del medico prescrittore _____

Unità Operativa _____

INVIARE la presente scheda integralmente compilata al seguente indirizzo di posta elettronica:segre.farmao@asst-lodi.it

fax 0371/372314