

RICHIESTA ATTIVAZIONE OSSIGENO LIQUIDO DOMICILIARE
PAZIENTI COVID 19

Paziente (Nome e Cognome)*:.....

Data di nascita* Luogo di nascita*

Codice Fiscale*:.....

Residenza*.....

Domicilio di consegna*:.....

Recapito telefonico*:

DIAGNOSI: IPOSSIEMIA DA COVID 19

Saturazione Ossiemoglobina in area ambiente a riposo < 92 oppure Saturazione > 92 e test del cammino positivo

PRESCRIZIONE CONTENITORE O2 liquido base

Flusso * (max.3) lt/min ore /di.....

Totale ore / die*

Numero giorni terapia*

DATA*

Dati / timbro del medico*

(nome, cognome, codice regionale, numero di telefono)

ATTENZIONE:

1. **Validità massima 3 mesi** – per proseguo è necessaria rivalutazione specialistica, salvo esigenze di continuità terapeutica.
2. I campi contrassegnati con * sono obbligatori, se non compilati non sarà possibile per l'operatore del Distretto attivare la consegna.
3. Il Presente Modulo deve essere consegnato al Distretto di competenza dal caregiver del paziente.
4. Si ricorda al medico di segnalare al Distretto per iscritto l'interruzione del Servizio.