

PRESCRIZIONE MEDICA

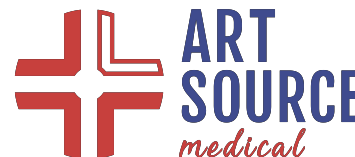
Ossigenoterapia continuativa di lunga durata/Cura

In conformità alle direttive della Società Svizzera di Pneumologia

Prima prescrizione ☐

Rinnovo ☐

EMAp ☐ OPre 7 ☐



A) Informazioni generali (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Nome/Cognome _____
Indirizzo _____
NPA/Località _____
Telefono/Natel _____
Professione _____
Assicuratore _____

Sesso _____
Data di nascita _____
E-Mail _____
N° di sicurezza sociale _____
Malattia/Acc./Al _____
Numero d'assicurato _____

B) Diagnosi principale

selezionare il codice

00 Malattie polmonari ostruttive
01 bronchite cronica, enfisema, 02 asma

10 Malattie polmonari restrittive
(p. es. fibrosi polmon., pneumoconiosi, post Tbc)

20 Disturbi respiratori del sonno
(p. es. OSA, CSA)

30 Malattie neuromuscolari

90 Altre _____

40 Malattie vascolari
(p. es. ipertensione polmonare)

50 Malattie cardiache
(p. es. cuore polmonare, malformazione card., insufficienza card.)

60 Altre malattie
(cancro, mucoviscidosi, ipoventilazione alv., broncodisplasia)

70 Cefalea a grappolo

C) Valori misurati (eccetto cefalea a grappolo e la Sindrome dell'Apnea Centrale del Sonno)

Misurazioni in condizioni cliniche stabili	Data:	SpO2 %:	PaO2 mmHg:	PaCO2 mmHg:
1. a riposo senza O2				
2. a riposo sotto _____ l/min O2 Compilare in caso di ipercapnia				
3. Notte senza O2		SpO2 media :		
		Tipo di test:	SpO2 al nadir :	Sforzo fornito :
4. Test da sforzo standardizzato (senza O2)				
5. Test da sforzo standardizzato con O2 (_____ l/min O2)				

D) Prescrizione terapia con (si prega di compilare la domanda di garanzia a pagina 3)

Fisso ☐ Concentratore ☐ Gaz compresso ☐ Ossigeno liquido

Mobile ☐ Concentratore ☐ Gaz compresso ☐ Ossigeno liquido

Flusso di O2 a riposo _____ l/min.	Durata _____ ore/giorno	Mobilità _____ ore/giorno (con O2 fuori dall'abitazione)
Flusso di O2 di notte _____ l/min.		
Flusso di O2 durante l'esercizio _____ l/min.	Per gaz compresso : ☐ Valvola di risparmio ☐ Riduttore di pressione	Per il concentratore fisso: Sistema di ricarica per O2 compresso ☐ sì ☐ no

Giustificazione per l'O2 liquido: _____

Giustificazione del sistema mobile: _____

E) Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio ☐ sì ☐ no

Soglia di riferimento in minuti
(1) Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.
(2) La prescrizione medica è valida per 6 mesi, prolungabile automaticamente per 6 mesi supplementari.

Primo anno:
300 minuti

Anni successivi:
150 minuti

F) Medico prescrivente

Medico prescrivente
Specialità _____

Data di inizio trattamento _____

Data della prescrizione _____

Medico di famiglia _____

Pneumologo referente _____

Inviare la prescrizione a _____

Timbro/Firma (compreso N° RCC)