

ASST Ovest Milanese UOC Servizio Farmaceutico UOC Programmazione, gestione e integrazione rete sociosanitaria	MODULO PRESCRIZIONE FORNITURA DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE A LUNGO TERMINE	MAD66 Rev3 01 novembre 2022 Pag. 1 di 4
---	---	---

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.

ATTENZIONE: per i pazienti Covid 19 fare riferimento al modulo MAD66-B

☐ Richiesta NON in emergenza (consegna entro 24 ore) ☐ Richiesta in emergenza (consegna entro 12 ore)

DATI RELATIVI LO SPECIALISTA PRESCRITTORE

Nome e Cognome _____ Specialista in _____
 Tel. _____ E-mail _____
 Struttura _____

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Nome e Cognome _____
 Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data di nascita ____ / ____ / ____ Telefono _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA (N.B. se non corrispondesse all'indirizzo di consegna compilare anche il capitolo successivo)

Via _____ N° civico _____
 Comune _____ Prov (____) CAP _____
 Nome e Cognome sul campanello _____

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

Via _____ N° civico _____
 Comune _____ Prov (____) CAP _____
 Nome e Cognome sul campanello _____

**PER RICHIEDERE LA TEMPORANEA CONSEGNA DEL SERVIZIO CON OSSIGENO LIQUIDO
 PRESSO UN DIVERSO INDIRIZZO (es. per i periodi di villeggiatura) È RICHiesta LA
 COMPILAZIONE DEL DOCUMENTO COLLEGATO MAD66-A "modulo per la comunicazione di cambio
 temporaneo dell'indirizzo di consegna della terapia con ossigeno liquido domiciliare"
 (scaricabile dalla sezione internet dedicata)**

Il modulo potrà essere compilato dal paziente o dal suo care-giver ed inoltrato tramite mail a ossigenoterapia@asst-ovestmi.it ed per conoscenza a ordiniott@nippongases.com, oppure recapitato *brevi manu* presso uno degli "sportelli unici" della ASST OVEST Milanese.

Si suggerisce di provvedere alla trasmissione con circa 30 giorni di anticipo dalla data di partenza qualora possibile.

ASST Ovest Milanese UOC Servizio Farmaceutico UOC Programmazione, gestione e integrazione rete sociosanitaria	MODULO PRESCRIZIONE FORNITURA DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE A LUNGO TERMINE	MAD66 Rev3 01 novembre 2022 Pag. 2 di 4
---	---	---

DIAGNOSI

B.P.C.O.	☐	In attesa di trapianto (cuore e/o polmoni)	☐
Malattia Interstiziale polmonare.	☐	Fibrosi cistica	☐
Cifoscoliosi	☐	Malattia neuromuscolare	☐
Neoplasia Polmonare	☐	Ipertensione polmonare	☐

Altro
(specificare): _____

IPOSSIEMIA CONTINUA			
PaO ₂ in aria		PaO ₂ con suppl O ₂	
PaCO ₂ in aria		PaCO ₂ con suppl O ₂	
IPOSSIEMIA INTERMITTENTE			
Saturazione notturna (SaO ₂ < 90% per almeno 1-6 ore)			
Saturazione da sforzo (durante il cammino: SaO ₂ < 90%)			

PRESCRIZIONE Prima prescrizione ☐ Rinnovo/modifica ☐ Sospensione (da ____ a ____) ☐

OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

TERAPIA IN OSSIGENO LIQUIDO ☐ <u>Dotazione standard:</u> - Nr. 1 (uno) CONTENITORE CRIOGENICO BASE (unità fissa) - Nr. 1 (uno) CONTENITORE CRIOGENICO TRASPORTABILE (unità portatile o stroller) <u>Dispositivi extra che è possibile richiedere:</u> <i>(Richiesta motivata: tutte le richieste extra in cui non è compilato il campo "Motivazione" non saranno prese in considerazione)</i> ☐ Un secondo contenitore criogenico BASE Motivazione _____ ☐ Un secondo contenitore criogenico TRASPORTABILE Motivazione _____ ☐ Un carrellino per unità portatile Motivazione _____

ASST Ovest Milanese UOC Servizio Farmaceutico UOC Programmazione, gestione e integrazione rete sociosanitaria	MODULO PRESCRIZIONE FORNITURA DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE A LUNGO TERMINE	MAD66 Rev3 01 novembre 2022 Pag. 3 di 4
---	---	---

TERAPIA CON CONCENTRATORE (solo per specialisti operanti in strutture non Lombarde. I sig.ri specialisti Lombardi dovranno fare riferimento alla piattaforma Assistant_RL) ☐
APPARECCHIO FISSO ☐ <u>A disposizione:</u> - Nr. 1 (uno) CONCENTRATORE FISSO - Nr. 1 (una) BOMBOLA DI OSSIGENO GASSOSO di riserva FLUSSO ☐ Continuo ☐ Pulsato
APPARECCHIO PORTATILE ☐ <u>A disposizione:</u> - Nr. 1 (uno) CONCENTRATORE PORTATILE - Nr. 1 (una) BOMBOLA DI OSSIGENO GASSOSO di riserva FLUSSO ☐ Continuo ☐ Pulsato Se FLUSSO <u>PULSATO</u> indicare l'impostazione*: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
APPARECCHIO TRASPORTABILE ☐ <u>A disposizione:</u> - Nr. 1 (uno) CONCENTRATORE TRASPORTABILE - Nr. 1 (una) BOMBOLA DI OSSIGENO GASSOSO di riserva FLUSSO ☐ Continuo ☐ Pulsato Se FLUSSO <u>PULSATO</u> indicare l'impostazione*: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

*Per i dettagli dell'impostazione del FLUSSO PULSATO di Inogen G5 consultare l'allegato "TABELLE IMPOSTAZIONE PER CONCENTRATORI PORTATILI - Inogen G5"

Da compilare esclusivamente per prescrizioni di OSSIGENO LIQUIDO e CONCENTRATORI FISSI

FLUSSO NOTTURNO	(lt/min) _____	N ore/die _____
FLUSSO A RIPOSO	(lt/min) _____	N ore/die _____
FLUSSO SOTTO SFORZO	(lt/min) _____	N ore/die _____
TOTALE ORE	_____	
MATERIALE DI CONSUMO PER OGNI ANNO DI TRATTAMENTO**		

Umidificatori (gorgogliatore: n. 1/mese): fino a un max. di 12, richiesti n. _____ ☐ Materiale non necessario	
Cannule nasali: fino a un max. di 12, richiesti n. _____ Specificare: Modello _____ Misura _____	Maschere: fino a un max. di 2, richiesti n. _____ Specificare: Modello _____ Misura _____
Prolunghe da mt. 1 a mt. 10, fino a un max. di 2, richiesti n. _____	
Cannule nasali per stroller, fino a un max. di 8, richiesti n. _____	
ALTRO: _____ _____	

ASST Ovest Milanese UOC Servizio Farmaceutico UOC Programmazione, gestione e integrazione rete sociosanitaria	MODULO PRESCRIZIONE FORNITURA DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE A LUNGO TERMINE	MAD66 Rev3 01 novembre 2022 Pag. 4 di 4
---	---	---

Data compilazione _____ Durata del trattamento (validità massima 12 mesi) _____

Timbro della Struttura

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

MODALITA' DI TRASMISSIONE PER RICHIEDERE L'ATTIVAZIONE:
 MAIL: 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, - Orario di accesso: 8.45 -12.30
- martedì – giovedì - 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.ri Specialisti Prescrittori al seguente link:

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