

Modulo richiesta fornitura o adeguamento ossigeno liquido o concentratore

(da inviare a farma-ter-pisa@uslnordovest.toscana.it)



RICHIESTA FORNITURA/ADEGUAMENTO OSSIGENO LIQUIDO O CONCENTRATORE

(Delibera Regione Toscana n°102 del 30/11/1995)

Cognome Nome nato il

residente in Prov. CAP..... .. via

C.F. tel.

Malattia che condiziona la proposta di ossigeno terapia:

.....

Flusso prescritto

	litri/min	Ore/die
A riposo		
Sotto sforzo		
Di notte		

- ☐ **PRIMA PRESCRIZIONE**
- ☐ **RINNOVO PIANO TERAPEUTICO**
- ☐ **ADEGUAMENTO FLUSSO**

Modalità di somministrazione:

- ☐ **OSSIGENO liquido (+ dispersione 0,51 mc/die)**
- ☐ **OSSIGENO liquido e *device* trasportabile (stroller) durante la deambulazione [+ dispersione 0,64 (0,51+0,13) mc/die]**
- ☐ **Rif. B.) Concentratore di ossigeno fisso (max 5 l/m; 15 kg)**
- ☐ **Rif. B.1) Concentratore di ossigeno trasportabile a volume continuo e pulsato (max 3 l/m; 4 kg)**
- ☐ **Rif. B.2) Concentratore di ossigeno portatile a volume pulsato (2 kg)**

VALIDITA PIANO TERAPEUTICO

(max 12 mesi)

_____ lì,.....

Timbro e firma