



SCHEDA DI ELEGGIBILITA' AL TRATTAMENTO CON OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE PAZIENTE ADULTO			
CENTRO PRESCRITTORE		MEDICO PRESCRITTORE	
1 DATI ANAGRAFICI			
CODICE FISCALE *		NOME E COGNOME *	
ASL RESIDENZA * E DISTRETTO *		INDIRIZZO DI CONSEGNA	
EMAIL *		TEL Paziente *	
Provenienza richiesta PT: *		a) In dimissione da ricovero ospedaliero inerente la problematica	
		b) Visita specialistica ambulatoriale	
Tipologia Paziente Territoriale : *		PAZIENTE NAIVE	DEAMBULANTE
		PAZIENTE IN PROSECUZIONE	IN ASSISTENZA DOMICILIARE NON DEAMBULANTE
Tipologia Paziente "In dimissione da ricovero		PAZIENTE NAIVE	
		PAZIENTE IN PROSECUZIONE	
2 DIAGNOSI PRINCIPALE*			
SCELTA UNICA	a)BPCO		
	b)INTERSTIZIOPATIE CRONICHE		
	c)FIBROSI CISTICA		
	d)BRONCHIECTASIE		
	e)IPERTENSIONE POLMONARE ARTERIOSA IDIOPATICA		
	f)MALATTIE NEUROMUSCOLARI O DELLA PARETE TORACICA NON COMPENSATE DALLA VENTILAZIONE MECCANICA		
	g)PAZIENTI NEOPLASTICI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA		
	h)OSA o Overlap Syndrome non compensate dalla NIV		
	i)OHS (Obesità - Ipoventilazione) non compensate dalla NIV		
	3 DIAGNOSI SECONDARIA	LA NON COMPILAZIONE DEL CAMPO CONDIZIONA IL LIMITE DEL VALORE Campo 5a2b :	
SCELTA MULTIPLA	POLICITEMIA CON EMATOCRITO SUP A 55%		
	CUORE POLMONARE CRONICO		
	SCOMPENSO CARDIACO		
4 OSSIGENOTERAPIA*			
SCELTA MULTIPLA	a)OLT/OBT		
	b)SOT DA SFORZO		
	c)NOT NOTTURNA		
	d)POT PALLIATIVA		

5 ESAMI STRUMENTALI*			
SCELTA MULTIPLA	a)EMOGASANALISI (EGA) prevedere OBBLIGATORIAMENTE di allegare EGA pdf (SIA BASALE CHE CORRETTO)	EGA Basale	
		1) gg/mm/aa	
		2) PaO2 mmHg	a) <=55 b)56 - 59
		3) PaCO2 mmHg	
		4) PH	
		EGA Corretto	
		1) gg/mm/aa	
		2) PaO2 mmHg	a) <=55 b)56 - 59 **
		3) PaCO2 mmHg	
		4) PH	
	5)Flusso in lt/min		
	gg/mm/aa		
	b) SATURIMETRIA DA SFORZO, UNICA SCELTA se il paziente è 4b, allegare 6MinWALKING TEST	1)SATURIMETRIA INIZIALE (valore %,intero)	
		2)SATURIMETRIA FINALE (valore %,intero) <=88%	
		3)METRI PERCORSI	
		4)COMPENSA CON o2 LT/MIN	
		5)TEMPO DI UTILIZZO MAX 8 H	
	gg/mm/aa		
	c) SATURIMETRIA NOTTURNA, UNICA SCELTA se il paziente è 4c, allegare tracciato SATURIMETRIA NOTTURNA E COMPENSO	1) TEMPO TRASCORSO CON <=90% DI SATURIMETRIA IN ARIA AMBIENTE PER PIÙ DEL 30% DELLA REGISTRAZIONE	☐ SI ☐ NO
		2)COMPENSA CON o2 LT/MIN	
3)TEMPO DI UTILIZZO MAX 8 H			
gg/mm/aa			
d) SATURIMETRIA (Valore non compilabile per Tipologia Paziente= "PAZIENTE IN PROSECUZIONE")	gg/mm/aa		
	Valore che deve essere <=90		

fonte

6	PRESCRIZIONE*		
SCELTA UNICA CHE PUO PREVEDERE LO SBLOCCO PREVIA COMPILAZIONE DI MOTIVAZIONE	a)OSSIGENO LIQUIDO (il totale tra le varie scelte al punto 4)	6.1.5a)flusso in lt/min *valori da 0,25 a 15	
		6.2.5a)durata in H/die *	
		6.3.5a)consumo in lt/DIE	
		6.4.5a)Consumo lt/Validità del PT	
	b)CONCENTRATORE FISSO:	FLUSSO CONTINUO lt/min da 1 a 6	
		durata in H/die	
	C)CONCENTRATORE PORTATILE	c1)A flusso continuo	Da 1 a 3 lt/min
			Durata in H/die
		c2) A flusso pulsato	Bolo da 1 a 8 (interi)
			Durata in H/die
"training e formazione paziente:" SI NO			
MOTIVAZIONE DELLA SCELTA DI PIÙ DISPOSITIVI			
Data di validità della motivazione del doppio utilizzo			
7	DURATA PRESCRIZIONE*	Obbligatorio	DICHIARA DI AVER CONSEGNATO AL PAZIENTE L'INFORMATIVA SUL RISCHIO E LA SICUREZZA *
	Durata prescrizione*	a)30 giorni b)60 giorni c)90 giorni d)120 giorni e)180 giorni	Data inizio Validità PT* Data fine validità*
TIMBRO E FIRMA del MEDICO PRESCRITTORE _____			

SCHEDA DI ELEGGIBILITA' AL TRATTAMENTO CON OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE PAZIENTE =< 16aa				
CENTRO PRESCRITTORE		MEDICO PRESCRITTORE		
1 DATI ANAGRAFICI				
CODICE FISCALE *		NOME E COGNOME *		
ASL RESIDENZA * E DISTRETTO *		INDIRIZZO DI CONSEGNA		
EMAIL *	TEL Paziente *	INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI * SI NO		
Provenienza richiesta PT: *	a) In dimissione da ricovero ospedaliero inerente la problematica	N°Nosologico		
	b) Visita specialistica ambulatoriale	Inserisce NRE		
Tipologia Paziente *	PAZIENTE NAIVE			
	PAZIENTE IN PROSECUZIONE			
2 DIAGNOSI PRINCIPALE*				
	a)Fibrosi cistica pediatrica			
	b)Displasia Broncopolmonare			
	c)Anemia Falciforme			
	d)Ipertensione polmonare con o senza cardiopatie			
	e)Interstiziopatie polmonari			
	f)Disturbi respiratori del sonno se non compensati dalla ventilazione meccanica o in attesa intervento chirurgico			
	g) Malattie neurologiche e neuro-muscolari con IRC se non compensati dalla ventilazione meccanica			
	h)Malattie genetiche o metaboliche rare con iRC non compensata da ventilazione meccanica (riportare codice malattia rara)			
	i)Neoplasie associate a IRC			
3 DIAGNOSI SECONDARIA				
SCELTA MULTIPLA	Severo ritardo di crescita ponderale			
	Cardiopatia congenita			
	Policitemia con ematocrito > a 55%			
4 OSSIGENOTERAPIA*				
SCELTA MULTIPLA	a)OLT/OBT			
	b)SOT DA SFORZO			
	c)NOT NOTTURNA			
	d)POT PALLIATIVA			
5 ESAMI STRUMENTALI				
		EGA Basale		
		1) gg/mm/aa con calendario allegato		
		2) PaO2 mmHg<=65		
		3) PaCO2 mmHg		

SCELTA MULTIPLA	a) EMOGASANALISI (EGA) pdf (EGA Basale e EGA Corretto) non obbligatori	4) PH	
		EGA Corretto	
		1) gg/mm/aa con calendario allegato	
		2) PaO2 mmHg<=65	
		3) PaCO2 mmHg	
		4) PH	
		5) Flusso in lt/min	
		gg/mm/aa	
		1) SATURIMETRIA INIZIALE (valore %,intero)	
	b) SATURIMETRIA DA SFORZO allegare 6Min WALKING TEST	2) SATURIMETRIA FINALE (valore %,intero) <=92% (SE IL VALORE INSERITO è >92 DEVE ESSERE RESTITUITO UN ALERT - PT NON SALVABILE)	
		3) METRI PERCORSI	
		4) COMPENSA CON o2 lt/min	
		5) TEMPO DI UTILIZZO max 8 h	
		gg/mm/aa	
	c) SATURIMETRIA NOTTURNA allegare tracciato SATURIMETRIA NOTTURNA E COMPENSO	1) TEMPO TRASCORSO CON= <92% DI SATURIMETRIA IN ARIA AMBIENTE PER PIÙ DEL 5% DELLA REGISTRAZIONE	
		4) COMPENSA CON o2 lt/min	
		3) TEMPO DI UTILIZZO max 12 h	
		1) gg/mm/aa	
		2) Numero di misurazioni previste: 1 o 3	
	d) SATURIMETRIA (Valore non compilabile per Tipologia Paziente= "PAZIENTE IN PROSECUZIONE")	3) Orario Misurazione: (solo in caso di 3 misurazioni indicare i 3 orari di effettuazione dell'esame)	
6 PRESCRIZIONE*		4) <=92 (se viene scelto al campo 2 il valore "3" prevedere 3 campi per l'inserimento dei parametri)	
		Se viene scelto nel campo 5 l'esame a) EGA in aria ambiente	
		6.1.5a) flusso in lt/min * da 0,25 a 15	
		6.2.5a) durata in H/die *	
		6.3.5a) consumo in lt/DIE	
		6.4.5a) CONSUMO lt/VALIDITA' DEL PT	

SCELTA UNICA CHE PUO PREVEDERE LO SBLOCCO PREVIA COMPILAZIONE DI MOTIVAZIONE	a)OSSIGENO LIQUIDO (il totale tra le varie scelte al punto 4)	Se viene scelto nel campo 5 l'esame b) SATURIMETRIA DA SFORZO			
		6.1.5a)flusso in lt/min * da 0,25 a 15			
		6.2.5b)durata in H/die *			
		6.3.5b)consumo in lt/DIE			
		6.4.5b)CONSUMO lt/VALIDITA' DEL PT			
		Se viene scelto nel campo 5 l'esame c) SATURIMETRIA NOTTURNA			
		6.1.5a)flusso in lt/min * da 0,25 a 15			
		6.2.5c)durata in H/die *			
		6.3.5c)consumo in lt/DIE			
		6.4.5c)CONSUMO lt/VALIDITA' DEL PT			
b)CONCENTRATORE FISSO:		Se viene scelto nel campo 5 l'esame c) SATURIMETRIA			
		6.1.5a)flusso in lt/min * da 0,25 a 15			
		6.2.5d)durata in H/die *			
		6.3.5d)consumo in lt/DIE			
		6.4.5d)CONSUMO lt/VALIDITA' DEL PT			
		FLUSSO CONTINUO lt/min da 1 a 6			
		durata in H/die			
		c1)A flusso continuo			
		Da 1 a 3 lt/min			
		Durata in H/die			
C)CONCENTRATORE PORTATILE		c2) A flusso pulsato			
		Bolo da 1 a 8 (interi)			
		Durata in H/die			
"training e formazione paziente:" SI NO					
MOTIVAZIONE DELLA SCELTA DI PIÙ DISPOSITIVI***					
Data di validità della motivazione del doppio utilizzo					
7 DURATA PRESCRIZIONE*	Obbligatorio	DICHIARA DI AVER CONSEGNATO AL PAZIENTE L'INFORMATIVA SUL RISCHIO E LA SICUREZZA *			
Durata prescrizione*	a)30 giorni b)60 giorni c)90 giorni d)120 giorni e)180 giorni	Data inizio Validità PT*	Data fine validità*		

TIMBRO E FIRMA del MEDICO PRESCRITTORE _____

LEGENDA		
*TUTTI I CAMPI ASTERISCATI SONO OBBLIGATORI		
LA VALIDITÀ DEL PIANO TERAPEUTICO		paziente naive deambulante senza EGA= 1 mese
		paziente deambulante con EGA= fino a 6 mesi
		paziente naive non deambulante senza EGA fino a 3 mesi
		paziente non deambulante con EGA= fino a 6 mesi
		paziente in prosecuzione deambulante/ non deambulante senza EGA non elegibile
		paziente oncologico = fino a 3 mesi
		paziente =<16aa= fino a 6 mesi
** la compilazione del campo prevede la segnalazione obbligatoria della diagnosi secondaria		
***doppia fornitura (liquido+ concentratore) va motivata e va definito il periodo di validità che può essere anche differente dal periodo di validità dell'intero PT		