

Per gli assistiti della ASST Melegnano e della Martesana inviare modulo a:
ossigenoter@asst-melegnano-martesana.it oppure via FAX n. 0298052234

**SCHEDA STATISTICA PER LA COMPILAZIONE
DEL REGISTRO REGIONALE DEGLI IPOSSIEMICI**

ASST _____ Sede di _____ data _____

1° Prescrizione ☐ Rinnovo ☐ Sospensione ☐ data inizio O₂ terapia _____

Paziente _____ Sesso: M ☐ F ☐ data di nascita _____

Codice Fiscale _____ residente in _____

Via _____, Tel _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

DIAGNOSI

- | | |
|---|--|
| ☐ BPCO | ☐ Fibrosi Cistica |
| ☐ Malattia Interstiziale Polmonare | ☐ Malattia Neuromuscolare |
| ☐ Cifoscoliosi | ☐ Ipertensione Polmonare |
| ☐ Neoplasia Polmonare | ☐ In attesa di trapianto |
| ☐ Altro _____ | |

IPOSSIEMIA CONTINUA

PaO ₂ in aria _____	PaO ₂ con suppl. O ₂ _____
PaCO ₂ in aria _____	PaCO ₂ con suppl. O ₂ _____

IPOSSIEMIA INTERMITTENTE

Desaturazione notturna (SaO₂ < 90% per almeno 1-6 ore) _____

Desaturazione da sforzo (durante il cammino SaO₂ < 90%) _____

OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Apparecchiatura prescritta:

☐ Concentratore ☐ Bombole O₂ liquido (con portatile ☐ sì ☐ no)

Flusso sotto sforzo	medio lt/min _____	Totale ore _____
Flusso a riposo	medio lt/min _____	
Flusso notturno	medio lt/min _____	

Ventilazione meccanica domiciliare ☐ SI ☐ NO

Unità Operativa _____ Il Medico prescrittore _____

La scheda ha validità annuale, il rinnovo è subordinato alla presentazione di nuovo certificato rilasciato dalla struttura sanitaria competente, attestante la necessità di proseguire la terapia.