

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PIANO TERAPEUTICO – OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE	Piano Terapeutico - OTD (FT.MO.2346.05).doc pag1/1
---	--	---

Piano Terapeutico per OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE

Medico richiedente: _____ Struttura: _____

Recapito telefonico: _____

Richiesta di: **Attivazione** **Rinnovo** **Variazione** **Sospensione** **Cessazione**

DATI PAZIENTE

Cognome e Nome: _____ Data e luogo di nascita: _____

CODICE FISCALE: _____ Comune di residenza: _____

Indirizzo domicilio: _____; presso _____

Comune di domicilio: _____

Numero di telefono (indicare preferibilmente un numero di cellulare attivo): _____

DIAGNOSI: _____

paziente **COVID:** SI NO

PRESCRIZIONE di:

cannula nasale maschera nasale maschera Venturi ossigeno liquido portatile 500 cc
 portatile 1000 cc

ORE GIORNALIERE E QUANTITÀ DI OSSIGENO

ore giornaliere n° _____ Flusso litri/minuto _____

Stato del paziente: deambulante allettato

SpO2 AA _____ SpO2 in O2 _____

CONSEGNA URGENTE/NON URGENTE (cancellare la voce che non interessa)
ENTRO IL GIORNO _____

Data: _____

Validità: _____

TIMBRO e FIRMA del medico richiedente:

Il presente Piano Terapeutico, compilato in tutte le sue parti, deve essere trasmesso all'indirizzo mail:
ossigeno.domiciliare@aslvc.piemonte.it

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Agosto 2021	Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Agosto 2021	Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Agosto 2021	Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Agosto 2021
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			