

PRESCRIZIONE PEDIATRICA

Monitoraggio della saturazione dell'ossigeno e ossigenoterapia

Prima prescrizione
Rinnovo
(da compilare a cura della Lega)
EMAp OPre 7

7

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

A) Informazioni generali (compilare tutti i campi)

Cognome/Nome _____	Sesso _____
Indirizzo _____	Data di nascita _____
NPA/Località _____	Cantone _____
Telefono/Cell. _____	N° assicurazione sociale _____
Assicuratore _____	Malattia/AI _____
N° d'assicurato _____	

B) Diagnosi principale (selezionare il codice)

P00 Malattia polmonare cronica del neonato prematuro (es. displasia broncopolmonare, malattia polmonare cronica)	P50 Bronchiolite obliterante
P10 Malattia polmonare neonatale congenita/acquisita (es. ernia diaframmatica)	P60 Patologie del torace (es. distrofia toracica, grave cifoscoliosi)
P20 Ipertensione polmonare (es. trisomia 21)	P70 Patologie neuromuscolari
P30 Malattia polmonare interstiziale (es. chILD)	P80 Patologie diverse (es. ipossie notturne con anemia drepanocitica, malformazione di Arnold Chiari, patologie sindromiche e metaboliche, tracheotomia)
P40 CF avanzata e altre patologie bronchiectasiche	90 Altro _____

C) Prescrizione monitoraggio saturazione/polso

Limiti di monitoraggio	Filtro di allarme
SpO ₂ minimo: _____ % SpO ₂ massimo: _____ %	<input type="checkbox"/> 0 = spento <input type="checkbox"/> 15 secondi
Polso minimo: _____ Polso massimo: _____	<input type="checkbox"/> 20 secondi Altro: _____ secondi

D) Prescrizione terapia con concentratore O₂ sistema mobile senza sistema mobile sistema con gas liquido

Impostazioni di base

Dosaggio _____ l/min

Nota

Se < SpO₂ minimo, aumentare di _____ l/min fino alla dose massima di _____ l/min

Se > SpO₂ massimo, ridurre di _____ l/min

E) Prescrizione per consulenza e cure ambulatoriali o a domicilio sì no

(secondo accordo integrativo Lega polmonare/assicuratore del 01.01.2015)

Soglia di riferimento in minuti

(1) Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.

(2) La prescrizione medica è valida 6 mesi e si rinnova automaticamente per ulteriori 6 mesi.

3) Se il bisogno di cure aumenta, compilare il modulo 6.

Primo anno:
400 minuti

Anni successivi:
200 minuti

F) Pneumologo prescrivente

Pneumologo prescrivente _____
Reparto/clinica _____
Data della dimissione _____
Data della prescrizione _____
Pediatra _____
Pneumologo pediatrico _____

Timbro/firma (compreso N° RCC)

Inviare la prescrizione a _____