

# 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)

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

### C) Prescrizione monitoraggio saturazione/polso

<b>Limiti di monitoraggio</b>	<b>Filtro di allarme</b>
SpO <sub>2</sub> minimo: _____ % SpO <sub>2</sub> 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 O<sub>2</sub> sistema mobile senza sistema mobile sistema con gas liquido

#### Impostazioni di base

Dosaggio \_\_\_\_\_ l/min

#### Nota

Se < SpO<sub>2</sub> minimo, aumentare di \_\_\_\_\_ l/min fino alla dose massima di \_\_\_\_\_ l/min

Se > SpO<sub>2</sub> 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 \_\_\_\_\_