

טופס בקשה לאישור מכשיר ביתי מסוג High flow O2 למבוגרים

תאריך _____

שם המטופל _____ ת.ז. _____

גיל _____ כתובת _____

טלפון ניח _____ טלפון נייד _____

אבחנה _____

אינדיקציה רפואית לטיפול:-

ריווי חמצן (או Pao2) : _____ עם חמצן _____ L/mn

תאריך הזמנה לביקורת הראשונה _____

מצ"ב מכתב סכום אשפוז

☐

הפרמטרים הנחוצים לטיפול במכשיר HIGH FLOW (חובה למלא)

1- FLOW - _____ l/m

2- ספיקת חמצן l/m _____

Fio2 - _____ %

3- שעות הנשמה ביממה _____

פרטי הרופא מגיש הבקשה

שם: _____

מומחיות: : טיפול נמרץ ---- ריאות ----אחר ----- בית החולים : _____

טל" בעבודה: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____

חתימה: _____

חותמת: _____