



REGIONE LOMBARDIA  
Direzione Generale Sanità  
Via Pola 9/11  
20124 MILANO

A.S.L.



## Scheda statistica per la compilazione del registro regionale degli ipossiemici

Ente prescrittore \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ Data 1° prescrizione \_\_\_\_\_

1° modulo  Rinnovo  Morte  Abbandono

Paziente (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Anno nascita \_\_\_\_\_ T. sanitaria \_\_\_\_\_

### DIAGNOSI

B.P.C.O.  In attesa di trapianto   
(cuore e/o polmoni)

Malattia Interstiziale polm.  Fibrosi cistica

Cifoscoliosi  Malattia neuromuscolare

Neoplasia Polmonare  Ipertensione polmonare

ALTRO \_\_\_\_\_

### IPOSSIEMIA CONTINUA

PaO<sub>2</sub> in aria \_\_\_\_\_ PaO<sub>2</sub> con suppl O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

PaCO<sub>2</sub> in aria \_\_\_\_\_ PaCO<sub>2</sub> con suppl O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

### IPOSSIEMIA INTERMITTENTE

Saturazione notturna (SaO<sub>2</sub> < 90% per almeno 1-6 ore) \_\_\_\_\_

Saturazione da sforzo (durante il cammino: SaO<sub>2</sub> < 90%) \_\_\_\_\_

### OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Apparecchiature prescritte:

Concentratore

Bombole

O<sub>2</sub> liquido

Con portatile

Senza portatile

Flusso sotto sforzo lt/min \_\_\_\_\_

Flusso a riposo lt/min \_\_\_\_\_

Flusso notturno lt/min \_\_\_\_\_

Totale ore

Ventilazione meccanica domiciliare: SI  NO

Il medico prescrittore \_\_\_\_\_  
(timbro, nome cognome, firma LEGGIBILE)

Unità Operativa \_\_\_\_\_