

# Solicitud de CPAP / BiPAP

---

## Datos del afiliado:

Fecha: / /

Nombre y Apellido: .....

Documento: .....

Número de afiliado: .....

Teléfono: ..... Mail: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Código postal: .....

Médico de Cabecera: .....

Matrícula: ..... Mail: .....

## Historia Clínica:

*(Enfermedad que motiva la indicación, comorbilidades, historia de tabaquismo)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### → Espirometría (adjuntar)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### → Polisomnografía (adjuntar)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Estado general del paciente

- Se moviliza por sus propios medios
- Está permanentemente en cama
- Realiza actividades fuera de su casa
- Está en internación domiciliaria

## Equipo solicitado

### **CPAP:**

pacientes con SAHOS de grado moderado – grave (IPR  $\geq$  15 eventos/hora) . SAHOS leve (IPR entre 5 y 14.9 eventos/h) asociado a:  
somnolencia diurna excesiva (Epworth  $>$  11) y/o deterioro cognitivo y/o a comorbilidades cardiovasculares y cerebro vasculares.

### **BiPAP:**

pacientes en los cuales el SAHOS se asocia con hipoventilación alveolar, enfermedades neuromusculares, EPOC con hipercapnia, alteraciones de caja torácica y obesidad/hipoventilación.

### Horas de uso

..... hs.

### Uso simultáneo de oxígeno

- Sí  No

---

Firma y sello del médico