

AANVRAAGFORMULIER VOOR ZUURSTOFBEHANDELING THUIS

Volledig in te vullen en te ondertekenen door behandelend arts.



Fax 040-2503515
Tel 040-2503502
e-mail nl-medical@airliquide.com

Datum aanvraag :

Betreft : Nieuwe aanvraag Wijziging

GEGEVENS VERZEKERDE

Geslacht : <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw	
Naam + Voorletters :	
Straat en huisnummer :	
Postcode en woonplaats :	
Geboortedatum :	
Telefoonnummer(s) :	
Verzekeraar / relatienummer :	
Contactpersoon :	
Tel.nr. contactpersoon :	

GEGEVENS VOORSCHRIJVER

Handtekening voorschrijver

Naam :		
Functie :		
Naam ziekenhuis :		
Plaats :		
Tel.nr. afdeling :		
Faxnr. afdeling :		

DIAGNOSE : COPD Interstitiële longziekte Longcarcinoom of -metastasen
 Clusterhoofdpijn Anders:

AARD ZUURSTOF THERAPIE EN CRITERIA

- Acute exacerbatie longziekte (Korte termijnbehandeling (KZT))**
Criteria : PaO₂ < 8,0 kPa of 60 mmHg bij ontslag uit ziekenhuis (in te vullen op pagina 2)
Tweede meting binnen 3 maanden zuurstoftherapie.
- Chronische hypoxemie (Onderhoudsbehandeling (OZT))**
Criterium : PaO₂ < 8,0 kPa of 60 mmHg, gemeten overdag in rust met kamerlucht (in te vullen op pagina 2)
- Hypoxemie tijdens inspanning**
Criterium : PaO₂ < 7,3kPa of SaO₂ < 90%, gemeten tijdens inspanning zonder O₂ (in te vullen op pagina 2)
- Nachtelijke hypoxemie**
Criterium : nachtelijke PaO₂ < 7,3kPa of SaO₂ < 88%, gemeten zonder O₂ (in te vullen op pagina 2)
- Terminaal stadium**
Criterium : Geen
- Zuurstofbehandeling bij clusterhoofdpijn**
Criterium : 1e indicatie wordt gesteld door de neuroloog.

ARTERIËLE BLOEDGASWAARDEN ZONDER O₂

Geldt alleen voor KZT en OZT

RESULTATEN EERSTE METING

Datum :	
PaO ₂ :	kPa/mmHg
SaO ₂ :	%

Gemeten zonder O₂ in :

<input type="radio"/> Rust
<input type="radio"/> Bij inspanning
<input type="radio"/> 's Nachts

Bij KZT binnen 3 maanden zuurstoftherapie :

RESULTATEN TWEDE METING

Datum :	
PaO ₂ :	kPa/mmHg
SaO ₂ :	%

Gemeten zonder O₂ in :

<input type="radio"/> Rust
<input type="radio"/> Bij inspanning
<input type="radio"/> 's Nachts

Gebruik dit zelfde formulier om de resultaten van de 2e meting met de zuurstofleverancier te communiceren.

DOSERING EN GEBRUIKSDUUR

Ltr/min in rust (overdag):	
Ltr/min bij inspanning:	
Ltr/min tijdens slaap:	

Streefwaarden: PaO₂ > 8.0-9.3 kPa of > 90%

uur per etmaal

KZT en OZT = minimaal 15u per etmaal

MOBILITEIT BUITENSHUIS

<input type="radio"/> Niet ambulante buitenshuis
<input type="radio"/> Beperkt tot 1 à 2 uur, een paar keer per week
<input type="radio"/> > 3 uur dagelijks

Overweeg zuurstofbesparende methode bij hoge mobiliteit buitenshuis

OVERIG RELEVANTE INFORMATIE

Rookt verzekerde ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Gebruikt verzekerde andere hulpmiddelen ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
	<input type="radio"/> Rolstoel	
	<input type="radio"/> Scootmobiel	
	<input type="radio"/> Rollator	
	<input type="radio"/> Anders:	
Is verzekerde gemotiveerd voor gebruik van zuurstof ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Is verzekerde in staat tot zelfstandig gebruik ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Zijn andere zorgverleners betrokken ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
	<input type="radio"/> Thuiszorg	
	<input type="radio"/> Wijkverpleging	
	<input type="radio"/> Mantelzorg	
	<input type="radio"/> Anders :	
Contactpersoon :		
Tel.nr.:		

OPMERKINGEN
