ANEXA 38 B

*- MODEL -*

*Denumirea furnizorului ............................................*

*Medic .............................................................*

*Specialitatea medicului prescriptor ...............................*

*Date de contact ale medicului prescriptor:*

*- telefon/fax medic prescriptor*

*.......................................................................*

*(Se va completa inclusiv prefixul de ţară.)*

*- e-mail medic prescriptor ........................................*

*Contract nr. ......................................................*

*CAS ...............................................................*

***SET DE INDICAŢII PENTRU CONCENTRATORUL DE OXIGEN PORTABIL***

***Pacienţi cu indicaţie de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staţionar***

*Numele şi prenumele asiguratului*

*.......................................................................*

*(Se vor completa în întregime numele şi prenumele asiguratului.)*

*2. Data naşterii ..................................................*

*3. Domiciliul .....................................................*

*4. Codul numeric personal/Codul unic de asigurare al asiguratului ..................................*

*5. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: ...............................................*

*Criterii de acordare la iniţierea prescripţiei (în plus faţă de criteriile de acordare a concentratorului de oxigen staţionar):*

*- dispnee semnificativă la efort (scor de minimum 2 pe scala MMRC) la distanţă de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută;*

*- test de mers 6 minute efectuat cu titrare de oxigen (adică debit de oxigen crescând pentru a menţine o SpO2 de minimum 88%) la distanţă de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută, pentru a certifica abilitatea şi disponibilitatea pacientului de a efectua efort fizic în afara locuinţei;*

*- decizia medicului că există un potenţial beneficiu al administrării oxigenului portabil unui:*

*\_*

*|\_| pacient activ (salariat sau elev/student cu frecvenţă); sau*

*\_*

*|\_| pacient capabil şi dispus să facă efort fizic în afara locuinţei în majoritatea zilelor.*

*Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat. Medicul curant evaluează indicaţia de oxigen portabil la fiecare vizită. În cazul în care indicaţia dispare datorită evoluţiei favorabile a bolii sub tratament sau datorită remisiunii unei exacerbări acute, acesta va întrerupe prescripţia de oxigen portabil.*

*Medicii curanţi care fac recomandarea:*

*- medici de specialitate pneumologie sau pneumologie pediatrică care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.*

*Data emiterii prescripţiei ...........*

*Semnătura şi parafa medicului,*

*......................................*

*Sunt de acord să utilizez*

*concentratorul de oxigen*

*portabil pe toată perioada*

*recomandată de către medic.*

*Semnătura asiguratului*

*...........................*

*Formularul însoţeşte recomandarea pentru concentratorul de oxigen portabil prescrisă asiguraţilor cu indicaţie de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staţionar.*