

Richiesta di
OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA per
paziente degente

PRESIDIO OSPEDALIERO di _____

U.O./ SOD _____

DATA ____ . ____ . ____

ALLA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Si fa richiesta di n° _____ sedute di ossigenoterapia iperbarica per il/la paziente

_____ nato/a il _____ ricoverato/a dal _____

presso questo Presidio.

La terapia proposta è necessaria essendo il/la paziente affetto/a da:

- intossicazione da monossido di carbonio
- malattie da decompressione subacquea
- embolia gassosa arteriosa
- infezioni necrosanti progressive (INP)
- lesioni radionecrotiche
- ulcere a lenta guarigione nel paziente diabetico
- ulcere a lenta guarigione nel paziente non diabetico
- osteonecrosi asettica
- ipoacusia-sordità acuta improvvisa
- ischemia acuta traumatica e/o sindrome compartimentale
- osteomielite cronica refrattaria
- innesti cutanei e lembi muscolo cutanei compromessi

Uso esclusivo iperbarica : NO SI

Non deambulante : NO SI

Specialista di riferimento

U.O./SOD

Nome e Cognome

VISTO, SI AUTORIZZA
Il Direttore Direzione Medica di Presidio

DATA _____
