

FORMULARIO 3
Empresa proveedora de oxígeno

PROTOCOLO INSTALACIÓN O REPOSICIÓN SERVICIO DOMICILIARIO

Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____

Representante Servicio Domiciliario

Señor (a) _____ Rut _____

Móvil _____ Hora Instalación _____ Hora Programada _____

Usuario (a) del servicio de oxígeno _____

Domicilio _____ Comuna _____ Región _____

Hospital _____ Servicio de Salud _____

Referencias Calles Principales _____

Nombre apoderado o tutor responsable _____

Diagnóstico paciente _____

Queremos informarle que vinimos a su residencia a las ____:____ a.m. ____ p.m.____ con el siguiente objetivo:

- _____ Entregarle su pedido de oxígeno y/o equipos y consumibles
- _____ Darle Entrenamiento, reentrenamiento y/o asistencia técnica
- _____ Realizar Visita Domiciliaria
- _____ Otro: _____

Situación Domiciliaria e Instalación Equipos.

Acceso a la vivienda

Avenida _____ Calle _____ Pasaje _____ / Puente _____ Acequia _____

Zona de Ubicación

Sector Poblacional

Urbana _____ Rural _____ / Alto riesgo social _____ Mediano riesgo _____ Sin riesgo _____

Alumbrado Público

/ Suministro eléctrico estable

/ Frecuencia cortes energía

Si _____ No _____ Sí _____ No _____

Tipo de Vivienda

Casa _____ Departamento _____ Pieza _____ Mediagua _____ Rancho _____ Otro _____

Habitación del Paciente

Primer piso _____ Segundo piso _____ Tercer piso _____

Condiciones del radier del piso de la habitación del paciente

Sin radier (tierra) _____ Cemento _____ Alfombra _____ Madera _____ Baldosas _____

Material de la vivienda o habitación

Sólido _____ Adobe _____ Madera _____ Internit _____ Mixto _____

Estado del piso

Irregular _____ Liso _____ resbaladizo _____

Condiciones del piso

Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Deplorable _____

Espacio físico para instalar Oxígeno Gaseoso – Oxígeno Líquido - Concentrador de Oxígeno

I. El sistema de suministro se instala según el siguiente procedimiento:

- a. Traslado del equipo suministro de oxígeno sobre sistema rodable: Si _____ No _____
- b. Realizo retiro sello de calidad frente al paciente/ tutor / Apoderado: Si _____ No _____
- c. Instalo Cilindro – Termo – Concentrador a una distancia mín. de 1.5 mts de fuente de calor o ignición: Si _____ No _____
- d. Instalo base antivuelco o sistema sujeción a cilindro estático: Si _____ No _____
- e. Realizo Instalación bolsa protectora con medidas de precaución sobre manejo seguro de oxígeno en el hogar Si _____ No _____
- f. Los enchufes de la habitación se encuentran en correcto estado de funcionamiento al momento de instalar el suministro Si _____ No _____
- g. Realizo lavado de manos previo a instalar equipo de oxigenoterapia sobre suministros de oxígeno Sí _____ No _____
- h. El equipo de oxigenoterapia es revisado frente al usuario Si _____ No _____
- i. El equipo de oxigenoterapia se encuentra funcionando según prescripción médica Si _____ No _____
- j. Realizo capacitación sobre manejo de los equipos entregados Si _____ No _____
- k.

II.

Nombre de quien realiza la visita por OXIMED: _____

Firma: _____

Nombre del Testigo: _____

Firma: _____ C.I. _____

FORMULARIO 3
Empresa proveedora de oxígeno