

CERTIFICATO MEDICO D'IDONEITA'

Al Soggiorno Educazionale Riabilitativo Assistito riservato a PERSONE
IN OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE E/O IN VENTILOTERAPIA

All'Associazione Malati in Ossigeno-Ventiloterapia e Riabilitazione

A.M.O.R. Onlus

Certifico che l'insufficienza respiratoria del/la

Sig./a

È attualmente in fase di stabilità clinica, così da poter partecipare al soggiorno assistito riabilitativo organizzato da codesta Associazione.

A tal fine informo l'equipe di assistenza che egli/ella sta attuando la seguente terapia:

- Ossigenoterapia a lungo termine OLT
 - Liquido Flusso L/min. a Riposo.....
 - Liquido Flusso L/min. in Movimento
 - Liquido Flusso L/min. notte.....
- Concentratore Portatile di Ossigeno - Azienda

 - Flusso di OL a Riposo.....
 - Flusso di OL in Movimento.....
 - Flusso di OL notte.....

- Ventiloterapia domiciliare VMD – Azienda.....
 - CPAP
 - BIPAP (portare copia della prescrizione MOD.03)

Ed assume i seguenti farmaci:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Data,

In fede

.....