



**ASSESSORATO DELLA SALUTE**  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

*Piano Terapeutico per il trattamento domiciliare con ossigeno liquido dei pazienti  
affetti da Covid-19*

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'assistita/o \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ASP di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Diagnosi:

Polmonite SARS-CoV-2  Patologia non respiratoria in infezione da SARS-CoV-2

Motivazione clinica della scelta del farmaco

SpO2 a riposo: \_\_\_\_\_%

SpO2 dopo sforzo: \_\_\_\_\_%

Frequenza respiratoria: \_\_\_\_\_ atti/minuto

Formulata da \_\_\_\_\_

Farmaco prescritto \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_  
(indicare litri/minuto e numero di ore giornaliere)

Durata prevista della terapia \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma  
del Medico prescrittore