

**RICHIESTA ATTIVAZIONE CONCENTRATORE – PAZIENTI COVID 19**

**DURATA MASSIMA 30 GIORNI**

Paziente (Nome e Cognome)\*: .....

Codice Fiscale\*: .....

Domicilio di consegna: via\* ..... località\* ..... Cap[no  
obbligo].....

Recapito telefonico\*: .....

Si accertano le seguenti condizioni:

☐ **PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE**

- ☐ Toracologia variabile
- ☐ Tosse
- ☐ Febbre  $\geq 38^{\circ}$
- ☐ Frequenza Respiratoria: compresa tra 25 e 30 atti respiratori al minuto
- ☐ Saturazione Ossiemoglobina in area ambiente a riposo (rilevata mediante quattro misurazioni scartando il valore più basso e utilizzando la media dei tre):

☐  $<92$

(come da documento Ministero della Salute "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da Sars CoV-2 - [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=5449](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=5449))

☐ Paziente Covid 19 – BPCO concomitante  $<90$ )

☐ **PAZIENTE DIMESSO CON PRESCRIZIONE DI OSSIGENO**

**DIAGNOSI:** IPOSSIEMIA DA COVID 19\*

**PRESCRIZIONE:**

☐ **CONCENTRATORE**

Flusso a riposo ..... lt/min\* (*campo editabile no blocco sul valore ma solo sul'inserimento*)

Numero ore / die ..... \*

Numero giorni terapia ..... (massimo 30)\* (*blocco su presenza numero e sul valore massimo*)

☐ **PRIMA PRESCRIZIONE**

☐ **PROSECUZIONE DI TERAPIA.** Ultimo tampone positivo data..... \*

Data\* .....

Dati del medico\*

(nome, cognome, numero di telefono, indirizzo email)

## **RICHIESTA ATTIVAZIONE OSSIGENO LIQUIDO – PAZIENTI COVID 19**

### **DURATA MASSIMA 30 GIORNI**

Paziente (Nome e Cognome)\*: .....

Codice Fiscale\*: .....

Domicilio di consegna: via\* ..... località\* ..... Cap[no  
obbligo].....

Recapito telefonico\*: .....

Si accertano le seguenti condizioni:

☐ **PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE**

- ☐ Toracologia variabile
- ☐ Tosse
- ☐ Febbre  $\geq 38^{\circ}$
- ☐ Frequenza Respiratoria: compresa tra 25 e 30 atti respiratori al minuto
- ☐ Saturazione Ossiemoglobina in area ambiente a riposo (rilevata mediante quattro misurazioni scartando il valore più basso e utilizzando la media dei tre):

☐  $<92$

(come da documento Ministero della Salute "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da Sars CoV-2 - [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=5449](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=5449))

☐ Paziente Covid 19 – BPCO concomitante  $<90$ )

☐ **PAZIENTE DIMESSO CON PRESCRIZIONE DI OSSIGENO**

**DIAGNOSI:** IPOSSIEMIA DA COVID 19\*

**PRESCRIZIONE:**

☐ BOMBOLA O2 liquido

Flusso a riposo ..... (max.3) lt/min\* (*campo editabile no blocco sul valore ma solo sul'inserimento*)

Numero ore / die ..... \*

Numero giorni terapia ..... (massimo 30)\* (*blocco su presenza numero e sul valore massimo*)

☐ **PRIMA PRESCRIZIONE**

☐ PROSECUZIONE DI TERAPIA. Ultimo tampone positivo data..... \*

Data\* .....

Dati del medico\*

(nome, cognome, numero di telefono, indirizzo email)

# Manuale utente per modulo Richiesta attivazione ossigeno liquido – pazienti COVID 19

## Indice

### 1 MANUALE UTENTE

2



**INVISIBLEFARM**  
L'INNOVAZIONE È TRASPIANTATA

**Invisiblefarm Srl**  
Via Rodolfo Vantini 1, 25126 Brescia  
0307776307 | [info@invisiblefarm.it](mailto:info@invisiblefarm.it)  
[www.invisiblefarm.it](http://www.invisiblefarm.it)

P.I. 02541180986  
REA di Brescia 458361

ORGANIZATION WITH  
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM  
**ISO 9001:2015**  
CERTIFIED by  
EuCI European Certification Institute LTD  
Certificate N: INVI2444Q1801





## 1 Manuale utente

Il medico accede al sistema Covid con le proprie credenziali, collegandosi all'indirizzo: <https://sorveglianzacovid.ats-bg.it/user/login>.

Sistema Socio Sanitario  
 Regione Lombardia  
ATS Bergamo 

NOME UTENTE \*

PASSWORD \*

Accedi

[Forgot your password?](#)

Eseguito l'accesso, verrà rimandato alla pagina principale ([https://sorveglianzacovid.ats-bg.it/?q=scegli\\_servizio](https://sorveglianzacovid.ats-bg.it/?q=scegli_servizio) utilizzabile solo dopo aver eseguito l'accesso ed inserito le credenziali) per scegliere il servizio a cui accedere, tra:

- Richiesta vaccini per persone Fragili/Disabili
- Richieste attivazione Ossigeno Liquido



## ATS BERGAMO – Emergenza Coronavirus



MEDICO

Vaccini  
persone  
Fragili/Disabili  
gravi

Richieste  
attivazione  
Ossigeno  
Liquido

Accedendo alla sezione "Richieste attivazione Ossigeno Liquido", viene riportata una tabella contenente le richieste già inviate.

## ATS BERGAMO – Emergenza Coronavirus

Riepilogo inserimenti Richiesta attivazione ossigeno liquido – pazienti COVID 19

MEDICO

CERCA SERVIZIO

AGGIUNGI RICHIESTA OSSIGENO

FILTRO (CLICCA PER ESPANDERE I FILTRI DI RICERCA)

| # | COGNOME | COGNOME | COGNOME FISCALE | CONDIZIONI PAZIENTE                  | PRESCRIZIONE           | DATA INSEGNAMENTO   | DATA ORA INVIO      | DESTINATARI | FILE |
|---|---------|---------|-----------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|-------------|------|
| 7 |         |         |                 | PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE | CONTENITORE O2 LIQUIDO | 25/06/2021 17:32:24 | 26/06/2021 08:42:03 |             |      |
| 6 |         |         |                 | PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE | CONTENITORE O2 LIQUIDO | 25/06/2021 17:30:31 | 26/06/2021 08:42:03 |             |      |
| 2 |         |         |                 | PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE | CONTENITORE O2 LIQUIDO | 25/06/2021 17:03:35 | 26/06/2021 08:42:03 |             |      |
| 1 |         |         |                 | PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE | CONTENITORE O2 LIQUIDO | 25/06/2021 17:00:06 | 26/06/2021 08:42:03 |             |      |

Dalla tabella potrete scaricare i moduli inviati. Il modulo verrà scaricato in un file .zip che sarà da estrarre e conterrà un file .pdf .



modulo\_ossigeno\_....zip



Per visualizzare il .pdf verrà chiesto di inserire la seguente password **D!m-9Pb%6KF7**

Per aggiungere una nuova richiesta, bisogna cliccare sul pulsante " + **AGGIUNGI RICHIESTA OSSIGENO**", in alto a destra.

Durante l'inserimento viene richiesto il codice fiscale del paziente.

**RICHIESTA ATTIVAZIONE OSSIGENO LIQUIDO – PAZIENTI COVID 19**

**CODICE FISCALE DEL SOGGETTO PER IL QUALE SI CHIEDE ATTIVAZIONE OSSIGENO LIQUIDO: \***

(inserire tutte lettere maiuscole e controllare che sia corretto)

INDIETRO

PROCEDI

Inserito il Codice Fiscale, viene richiesto di compilare le informazioni restanti.

Nel caso in cui il paziente fosse riconosciuto dal sistema, non verrebbe richiesto nella fase successiva, di compilare il nome e cognome.



## RICHIESTA ATTIVAZIONE OSSIGENO LIQUIDO - PAZIENTI COVID 19

DOMICILIO DI CONSEGNA (VIA) \*

LOCALITÀ CONSEGNA: \*

CAP CONSEGNA

RECAPITO TELEFONICO \*

SI ACCERTANO LE SEGUENTI CONDIZIONI: \*

DIAGNOSI \*

PRESCRIZIONE \*

FLUSSO A RIPOSO \*

{max:3} lt/min

NUMERO ORE / DIE \*

NUMERO GIORNI TERAPIA \*

(Massimo 30)

TIPO PRESCRIZIONE \*

NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO COMPILATORE \*

ANTEPRIMA MODULO

INDIETRO

PROCEDI

Prima di inviare il modulo è consigliato generare un'anteprima e visionarlo, tramite il pulsante **"ANTEPRIMA MODULO"** che genera e scarica in automatico il modulo compilato in formato PDF.

Per salvare e inviare direttamente il modulo, cliccare invece su **"PROCEDI"**.



INVISIBLEFARM

INNOVAZIONE È TRASPIRENTE

Prima di inviare verrà comunque richiesta una conferma al medico compilatore, in quanto dopo la conferma non sarà più possibile modificare o eliminare la richiesta.

Sei sicuro di voler procedere? Se prosegui questo modulo verrà generato ed inviato ai destinatari e non sarà più possibile modificarlo o eliminarlo.

OK

Annulla