

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION CPAP (Thérapie)

imprimer

- Première prescription
 Renouvellement



Mieux Respirer, Mieux Dormir

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

A) Indications générales (remplir complètement s.v.p.)

Nom / Prénom :	_____	Sexe :	_____
Adresse :	_____	Date de naissance :	_____
NPA / Lieu :	_____	Canton :	_____
Téléphone / Natel :	_____	N° AVS :	_____
Profession :	_____	Maladie / Acc. / AI :	_____
Assureur :	_____	N° d'assuré :	_____

B) Diagnostic principal (merci de noter le code ici :)

- 20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes)
30 Maladies neuromusculaires
50 Maladies cardiaques (Cœur pulmonaire, malform. card., insuffisance card.)
90 Autres maladies

C) Examens

Diagnostic:	Index:	sans CPAP:	avec CPAP:
<input type="checkbox"/> Oxymétrie	Nombre de désaturations/heure: Index d'apnées/hypopnées:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG		_____	_____

D) Prescription de l'appareil et des consommables

Prestation désirée: _____ (achat possible après 12 mois au plus tôt)
Système _____ Pression (min/max) _____

Consommables

<input type="checkbox"/> Masque nasal	Modèle _____	Taille _____
<input type="checkbox"/> Masque fullface	Modèle _____	Taille _____
<input type="checkbox"/> Humidificateur	Modèle _____	
<input type="checkbox"/> Autres	_____	

E) Prestations de conseils et soins

Conseils et éducation thérapeutique (Contrôle sur place, rapport au médecin) oui (valable 1 année) non

F) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur : _____
Date de début de traitement : _____
Date de la prescription : _____
Date de sortie d'hôpital : _____
Médecin traitant : _____
Pneumologue responsable : _____

Signature + Timbre avec
N° du concordat