

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Thérapie CPAP



Première prescription
Renouvellement de la presc.

Données Patient

Nom/Prénom _____ Date de naissance _____
Rue, N° _____ Assurance-invalidité Oui Non
NPA/Lieu _____ Assureur-maladie _____
Téléphone _____ N° d'assuré _____
Tél. Portable _____ N° AVS _____

Diagnostic principal

20 Troubles respiratoires du sommeil
(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuro-musculaires

50 Maladies cardiaques

(Coeur pulmonaire, malform. card., insuffisance card.)

90 Autres maladies _____

Examens

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

Prescription de l'appareil et des consommables

Prestation désirée: _____

(achat possible après 12 mois au plus tôt)

Appareil :

Pression (min/max) _____

Consommables

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

Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile oui non

Dispositif pour le contrôle de la compliance (rapport au médecin) oui non

Prescription/Signature du médecin

Pneumologue prescripteur : _____

Date de la prescription : _____

Médecin traitant : _____

Pneumologue du suivi : _____

Signature + Timbre (incl. No RCC)

Prescription à

Veillez renvoyer la prescription remplie :

SITEX SA
Email: respiratorycare@sitexsa.ch 12, chemin des Aulx – 1228 Plan-les-Ouates

Téléphone : (0) 848 11 00 00 Téléfax : (022) 794 85 82