

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Thérapie CPAP

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

- Première prescription
 Renouvellement



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

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

B) Diagnostic principal

Merci d'indiquer le code : _____

20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes)	50 Maladies cardiaques (cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)
30 Maladies neuro-musculaires	90 Autres _____

C) Examens

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

D) Prescription de l'appareil et des consommables

Prestation désirée: Location Achat (achat possible après 12 mois minimum)

Système (modèle) _____ Pression (min/max) _____
 Mode Constant Mode Autopiloté
_____ CmH2O _____ CmH2O

Consommables

Masque
 Nasal Facial Narinaire Modèle _____ Taille _____
Humidificateur Oui Non Autres

E) Prestations de conseils

Conseils et éducation thérapeutique Oui (validité 1 année) Non

Contrôle sur place, rapport au médecin

Après 10 mois Sodimed S.A vous fera parvenir la demande pour le renouvellement de la prescription.

F) Médecins

Pneumologue prescripteur/
Centre de médecine du
sommeil prescripteur
Début du traitement _____
Date de prescription _____
Pneumologue responsable _____

Signature + Timbre avec N° du concordat

Prescription à :

