

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Thérapie CPAP

- ☐ Première prescription  
☐ Renouvellement



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<br>(OSA, CSA, maladies mixtes) | 50 | Maladies cardiaques<br>(Cœur pulmonaire, malform. card., insuffisance card.) |
| 30 | Maladies neuromusculaires                                        | 90 | Autres maladies                                                              |

### 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 : \_\_\_\_\_ (achat possible après 3 mois au plus tôt)

**CPAP** ☐ Mode Constant / Pression : \_\_\_\_\_ CmH2O

Modèle : \_\_\_\_\_ ☐ Mode Autopiloté / Pression min / max \_\_\_\_\_ CmH2O

**Consommables**

Masque  
☐ Nasal ☐ Facial ☐ Narinaire    Modèle : \_\_\_\_\_    Taille : \_\_\_\_\_

Humidificateur ☐ Oui ☐ Non ☐ Autres

### E) Prestations de conseils

Conseils et éducation thérapeutique (Contrôle sur place, rapport au médecin) ☐ Oui (valable pour 1 année) ☐ Non

Après 10 mois SOS OXYGÈNE SA vous fera parvenir la demande pour le renouvellement de la prescription.

### F) Médecin prescripteur

|                                                                   |                                         |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Pneumologue ou centre de Médecine du sommeil prescripteur : _____ | Signature + Timbre avec N° du concordat |
| Date de prescription : _____                                      |                                         |
| Début du traitement : _____                                       |                                         |
| Pneumologue responsable : _____                                   |                                         |

Prescription à envoyer à:

SOS OXYGÈNE SA, Chemin du Lavasson 2, CH -1196 GLAND Tel. : 022 300 01 00 - Fax : 022 300 10 06

courriel: [medicalsosoxylene@hin.ch](mailto:medicalsosoxylene@hin.ch)