

DEMANDE ENREGISTREMENT

DIAGNOSTIC



SOS
OXYGÈNE

SOS OXYGENE SA

CHEMIN DU LAVASSON 2 • 1196 GLAND • SUISSE / SWITZERLAND

N° +41 22 300 01 00 email : medicalsosoxygene@hin.ch

PATIENT

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal / Commune : _____

Téléphone : _____

Natel : _____

Email : _____

ENREGISTREMENT

OXYMETRIE ☐

OXY-CAPNOMETRIE ☐

POLYGRAPHIE VENTILATOIRE ☐

CONDITION D'ENREGISTREMENT

Durant la nuit ☐

Sous CPAP ☐

Durant 24H ☐ Durant 48H ☐

Sous VNI ☐

Sous Air Ambient ☐

Sous CPAP + O2 ☐ débit : _____ L/min

Sous O2 ☐ débit : _____ L/min

Sous VNI + O2 ☐ débit : _____ L/min

ETABLISSEMENT

DATE DE LA PROCHAINE
CONSULTATION :

/ /

DOCTEUR