

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

C) Examens

Diagnostic :	Index :	sans CPAP	avec CPAP
☐ Oxymétrie	Nombre de désaturations / heure :	_____	_____
☐ 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

courriel: medicalsosoxylene@hin.ch