

- Première prescription  
 Renouvellement

**CONFIDENTIEL : à l'attention du médecin conseil de l'assurance**

**A- INDICATIONS GÉNÉRALES** (remplir complètement s.v.p)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Téléphone / Portable : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Rue, n° : \_\_\_\_\_ NPA / Lieu : \_\_\_\_\_  
N° AVS : \_\_\_\_\_ Assurance Invalidité :  Oui  Non  
Caisse maladie : \_\_\_\_\_ N° de carte d'assuré : \_\_\_\_\_

**B- DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

s.v.p. reporter le code :

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

**30** Maladies neuro-musculaires

**50** Maladies cardiaques  
(cœur pulmonaire, malformation cardiaque, insuffisance cardiaque)

**90** Autres maladies : \_\_\_\_\_

**C- EXAMENS**

**Diagnostic :**

- Oxymétrie  
 Polygraphie / PSG

**Index :**

Nombre de désaturations / heure : \_\_\_\_\_  
Index d'apnées/hypopnées : \_\_\_\_\_

**sans CPAP :**

\_\_\_\_\_

**avec CPAP :**

\_\_\_\_\_

**D- PRESCRIPTIONS DE L'APPAREIL ET DES CONSOMMABLES**

Prestation désirée :  Location  Achat

**Systemes :**

nCPAP Modèle : \_\_\_\_\_ Pression : \_\_\_\_\_  
 aCPAP Modèle : \_\_\_\_\_ Pression (min. / max.) : \_\_\_\_\_

**Consommables :**

Masque nasal Modèle : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_  
 Masque fullface Modèle : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_  
 Attelle Modèle : \_\_\_\_\_  
 Humidificateur Modèle : \_\_\_\_\_  
 Autres \_\_\_\_\_

**E- PRESCRIPTION POUR LE CONTRÔLE DE LA COMPLIANCE, CONSEILS ET SOINS**

**Contrôle de la compliance après 1-3 mois, resp. dès 2e année**  oui (valable 1 année)  non  
(préparation des données, rapport au médecin)

**Conseils et soins**  oui (valable 1 année)  non  
(confort du port du masque, adaptations, effets secondaires, motivation, compliance)

**F- MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Pneumologue ou centre  
de médecine du sommeil prescripteur : \_\_\_\_\_

Début du traitement : \_\_\_\_\_

Date de prescription : \_\_\_\_\_

Pneumologue responsable : \_\_\_\_\_

Prescription à :

Centre de médecine du sommeil  
Tour Opale - Chemin de la Gravière 3  
1225 Chêne-Bourg  
Tél. +41 22 307 10 95 / Fax. +41 22 307 10 91

Signature + Timbre :  
(incl. n° du concordat)