

- 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)