

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION Thérapie CPAP

- Première prescription  
 Renouvellement 1 an



## A) Indications générales (remplir complètement s.v.pl.)

Nom / Prénom: _____	Sexe: _____
Adresse: _____	Date de naissance: _____
NPA / Lieu: _____	No AVS: _____
Téléphone: _____	Ass. Invalidité: _____
Profession: _____	CM-No membre: _____
Caisse maladie: _____	Section: _____

## B) Diagnostique principal (merci de noter le code ici : \_\_\_\_\_)

20	Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes)	50	Maladie cardiaque (Cœur pulmonaire, malformation ou insuffisance cardiaque)
30	Maladie neuromusculaire	90	Autre maladie

## C) Examens

Diagnostic:	Index:	sans CPAP	avec CPAP
<input type="checkbox"/> Oxymétrie	Index de désaturations:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Polygraphie / PSG	Index d'apnées/hypopnées:	_____	_____

## D) Prescription de l'appareil et des consommables

Prestation désirée: \_\_\_\_\_ (achat possible après 12 mois au plus tôt)

### Systemes

<input type="checkbox"/> nCPAP	Modèle: _____	Pression: _____
<input type="checkbox"/> aCPAP	Modèle: _____	Pression max. /min. _____

### Consommables

<input type="checkbox"/> Masque	Modèle: _____	Taille: _____
<input type="checkbox"/> Masque spécial	Modèle: _____	Taille: _____
<input type="checkbox"/> Attelle	Modèle: _____	
<input type="checkbox"/> Humidificateur	Modèle: _____	
<input type="checkbox"/> Autres		

## E) Prescription pour le contrôle de la compliance, conseils et soins

Contrôle de la compliance après 2-3-mois,  
(Préparation des dates, rapport au médecin)  oui (valable 1 année)  non

Conseils & 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: \_\_\_\_\_

Signature + timbre  
(incl. N° du concordat):

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

Début du traitement: \_\_\_\_\_

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

Prescription à



SOS OXYGENE (Suisse) SA  
Agentur Bern . Galgenfeldweg 13e  
CH-3006 BERN

Tél. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 – bern@sosoxygene.ch