

**Timbre du médecin prescripteur :**



**Date :**

Merci de bien vouloir mettre fin au traitement par :

- CPAP
- OXYGENOTHERAPIE LIQUIDE     OXYGENOTHERAPIE CONCENTRATEUR     OXYGENOTHERAPIE GAZ
- VNI / RESPI
- autre :

Concerne le (la) patient(e) : .....

Date de naissance :    /    /                      Ville : .....

Date effet :                       Immédiat                       à la date de reprise (sous 10 jours)

commentaires ci dessous :

**VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI A:**

**SOS OXYGENE (SUISSE) SA**

**Route des Avouillons 4 – CH1196 GLAND**

**Tél : 022 300 01 00**

**Fax : 022 300 10 06**

**E-mail : suisse@sosoxygene.ch**

