

Valable 12 mois

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

Indications générales (remplir complètement s.v.p)

Nom/Prénom _____	Sexe _____
Adresse _____	Date de naissance _____
NPA/Lieu _____	Email _____
Téléphone/Natel _____	N° d'AVS _____
Profession _____	Maladie/Accident/AI _____
Assureur _____	N° d'assuré-e _____

Diagnostic principal _____ (reporter le code s.v.p)

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

50 Maladies cardiaques
(cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

30 Maladies neuromusculaires

90 Autres maladies _____

Examens

Diagnostic :	Index :	Sans CPAP :	Avec CPAP :
<input type="checkbox"/> Oxymétrie	Nombre de désaturations/heure : _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	Index d'apnées/hypopnées : _____	_____	_____

Prescription de l'appareil et des consommables

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

Système _____ **Pression (min/max)** _____

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

Prescription pour le contrôle de la compliance, conseils et soins

Contrôle de la compliance après 1 – 3 mois Oui Non
Conseils et soins Oui Non

Médecin prescripteur

**Pneumologue prescripteur/
Centre de médecine du
Sommeil prescripteur** _____
Début du traitement _____
Date de prescription _____
Pneumologue responsable _____

Signature + Timbre (incl. N°RCC)

Prescription à envoyer à :
AxelCare SA, Rue de Veyrot 35 - 1217 Meyrin - courriel : respiratoire@axelcare.ch