

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**

<b>Diagnostic :</b>	<b>Index :</b>	<b>Sans CPAP :</b>	<b>Avec CPAP :</b>
<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](mailto:respiratoire@axelcare.ch)**