

PATIENT

Prénom / Nom (M/F) :	.....	Profession :	.....
Date de naissance :	.....	E-mail :	.....
Adresse :	.....	N° AVS :	.....
CP / Lieu (canton) :	.....	Caisse-maladie :	.....
Téléphone / Natel :	.....	N° de police :	.....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

20	Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, apnées mixtes)	50	Pathologies cardiaques (cœur pulmonaire, malformation, insuffisance cardiaque)
30	Pathologies neuromusculaires	90	Autres pathologies

EXAMEN

Date :

Index : AHI – IAH:

ODI – IDO:

PRESCRIPTION APPAREIL ET ACCESSOIRES

Prescription proposée :	Location (achat possible dès 12 mois d'utilisation)		
CPAP modèle :	.....	N° de série :	.....
Pression min / max :	..... cm H ₂ O		
Humidificateur :	.....	N° de série :	.....
Tuyau patient :	.....	
Masques :	.....	
Début de la thérapie :	.....	1 ^{er} contrôle annuel :	..... puis tous les 12 mois

SUIVI DE L'ÉVOLUTION

Contrôle de la compliance après 1-3 mois, resp. dès la 2^{ème} année 1 fois par an minimum
(préparation des données, rapport au médecin)

Oui non

PRESTATAIRE

Entreprise :	Sleep & Health SA Route du Châtelet 8 1723 Marly (FR)	www.sleep-health.ch secretariat@sleep-health.ch FAX N° 026 429 26 27	Conseiller médical:
Identification :	RCC santésuisse IDE (TVA) GLN (EAN)	Q 0647.10 CHE-110.356.249 7601003312324	

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur ou centre du sommeil :	Dr	Timbre & signature
Date de la prescription :	.....