

Prescrizione medica per la terapia CPAP e BiPAP

FORMULARIO B prima prescrizione rinnovo

1. INFORMAZIONI GENERALI (da compilare in ogni sua parte)

NO	me e cognome					
Ses	SSO	F	М			
Data di nascita (gg/mm/aa)						
Inc	lirizzo					
NP	A / Località					
Cai	ntone					
Tel	efono					
Ма	il					
N. Avs						
Assicuratore						
Patologia/Infortunio/Altro						
2. DIAGNOSI PRINCIPALE (selezionare la casella corrispondente)						
	Apnee ostruttive			Apnee posizionali		
	Apnee centrali			Respiro periodico		
	Altre malattie					



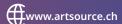
Numero desaturazioni/ora:

Indice apnea/ipopnea:



Senza CPAP

Senza CPAP



Con CPAP

Con CPAP

Ossimetria

Poligrafia/PSG

3. ESAMI (selezionare la casella corrispondente)



4. PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO (selezionare tipologia di dispositivo, accessori aggiuntivi e valore impostazioni)						
Paziente già in possesso del dispositivo	Paziente in attesa del dispositivo					
Dispositivo di Ventilazione	Cintura toracica per terapia posizionale					
RESMED						
PHILIPS						
ALTRO						
Accessori Aggiuntivi						

Umidificatore riscaldato

5. PARAMETRI DI IMPOSTAZIONE (inserire i parametri)

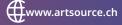
Circuito riscaldato

6. PRESCRIZIONE DELLA MASCHERA (selezionare tipologia maschera)

Tipologia Modello **Taglia** Maschera a olivette nasali Maschera nasale Maschera oro-nasale Maschera total face Accessori Aggiuntivi











Medico prescrittore (Nome e Cognome)

Data della prescrizione (gg/mm/aa)

Medico di famiglia

Note

Timbro/Firma (compresso n° RCC)

La prescrizione può essere compilata direttamente da file PDF o manualmente e dovrà essere inviata all'indirizzo e-mail prescrizioni@artsource.ch. In caso di mancata consegna all'indirizzo citato può contattarci all'indirizzo e-mail info@artsource.ch.



