Prescrizione medica per la terapia CPAP e BiPAP

FORMULARIO B ☐ prima prescrizione ☐ rinnovo

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

Nome e cognome	
Sesso	☐ F ☐ M
Data di nascita (gg/mm/aa)	
Indirizzo	
NPA / Località	
Cantone	
Telefono	
Mail	
N. Avs	
Assicuratore	
Patologia/Infortunio/Altro	

2. DIAGNOSI PRINCIPALE (selezionare la casella corrispondente)

☐ **Apnee ostruttive** ☐ **Apnee posizionali**

☐ **Apnee centrali** ☐ **Respiro periodico**

☐ **Altre malattie**

3. ESAMI (selezionare la casella corrispondente)

☐ **Ossimetria** Numero desaturazioni/ora: Senza CPAP Con CPAP

☐ **Poligrafia/PSG** Indice apnea/ipopnea: Senza CPAP Con CPAP

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

- [ ] Circuito riscaldato
- [ ] Umidificatore riscaldato

5. PARAMETRI DI IMPOSTAZIONE (inserire i parametri)

6. PRESCRIZIONE DELLA MASCHERA (selezionare tipologia maschera)

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

Accessori Aggiuntivi

ART SOURCE medical

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.