

PRESCRIZIONE MEDICA

Terapia CPAP/Cura

In conformità alle direttive della Società Svizzera di Pneumologia

Prima prescrizione

Rinnovo

EMAp OPre 7



A) Informazioni generali (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Nome/Cognome _____

Sesso _____

Indirizzo _____

Data di nascita _____

NPA/Località _____

E-Mail _____

Telefono/Natel _____

No di sicurezza sociale _____

Professione _____

Malattia/Acc./Al _____

Assicuratore _____

Numero d'assicurato _____

B) Diagnosi principale

20 Disturbi respiratori del sonno

(OSA, CSA, malattie miste)

30 Malattie neuromuscolari

selezionare il codice

50 Malattie cardiache

(cuore polmonare, malformazione card., insufficienza cardiaca)

90 Altre _____

C) Esami

Metodo di diagnosi:

Ossimetria

Poligrafia/PSG

Indice:

Numero desaturazioni/ora: _____

Indice apnea/ipopnea: _____

senza PAP: _____

con PAP: _____

D) Prescrizione apparecchio ed accessori

Prestazione desiderata: _____

(acquisto possibile unicamente solo dopo 12 mesi di noleggio)

Sistemi _____

Pressione (min/max) _____

Accessori

Maschera nasale

Modello _____ misura _____

Maschera full face

Modello _____ misura _____

Umidificatore

Modello _____

Altro _____

E) Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio

si no

Soglia di riferimento in minuti

1) Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.

2) La prescrizione medica è consegnata per 6 mesi, si riconduce automaticamente per 6 mesi supplementari.

Primo anno:
140 minuti

Anni successivi:
80 minuti

F) Prescrizione controllo risultati

si no

Controllo di compliance dopo 1 – 3 mesi, e/o dal 2° anno (validità 1 anno)(Elaborazione dati, rapporto da inoltrare al medico)

G) Pneumologo prescrittore

Pneumologo prescrittore/

Centro med. spec. per

medicina del sonno

Data di inizio trattamento

Data della prescrizione

Pneumologo per i controlli

Inviare la prescrizione a _____

Timbro/Firma (compreso N° RCC)