

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:	Indice:	senza PAP:	con PAP:
<input type="checkbox"/> Ossimetria	Numero desaturazioni/ora: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Poligrafia/PSG	Indice apnea/ipopnea: _____	_____	_____

D) Prescrizione apparecchio ed accessori

Prestazione desiderata: _____ (acquisto possibile unicamente solo dopo 12 mesi di noleggio)

Sistemi _____ Pressione (min/max) _____

Accessori

<input type="checkbox"/> Maschera nasale	Modello _____	misura _____
<input type="checkbox"/> Maschera full face	Modello _____	misura _____
<input type="checkbox"/> Umidificatore	Modello _____	
<input type="checkbox"/> Altro	_____	

E) Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio

(secondo l'accordo aggiuntivo Lega polmonare/Tarifsuisse ag del 01.01.2015)

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.
- 3) In caso di bisogno aumentato di cure, riempire il formulario 6.

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 _____

Timbro/Firma (compreso N° RCC)

Inviare la prescrizione a _____