



Demande de capnographie et oxymétrie avec appareil LPV

Patient Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : Téléphone : Nom de l'assurance :	Médecin Médecin demandeur : Date de la demande :
--	---

Examen souhaité <input type="checkbox"/> Capnographie <input type="checkbox"/> Oxymétrie Intervalle souhaité : Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Sur 24h <input type="checkbox"/>	Modalités de l'examen : Examen se fera : Native (sans appareil) VNI CPAP Examen se fera sous : Air ambiant (sans O2) O2 (précisez les débits) Au repos : Litres/min À l'effort : Litres/min
---	---

Installation de l'appareil Le patient vient prendre l'appareil à la LPV La LPV installe l'appareil au domicile du patient
--

Retour de l'appareil Le patient rapporte l'appareil à la LPV le lendemain La LPV va rechercher l'appareil au domicile du patient le lendemain
--

Traitement(s) impactant le sommeil

Fiche remplie par (Nom/Prénom) :