



Demande de capnographie avec appareil LPV

Patient	Médecin
Nom :	Médecin demandeur :
Prénom :	Date de la demande :
Date de naissance :	
Adresse :	
Téléphone :	
Assurance-maladie :	
N° AVS :	
Modalité de l'examen	
Examen se fera : <input type="checkbox"/> Native (sans appareil) <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> CPAP	Examen se fera sous : <input type="checkbox"/> Air ambiant (sans O2) <input type="checkbox"/> O2 (précisez les débits) Au repos : litres/min A l'effort : litres/min
Délai maximum auquel l'examen doit être effectué	
Date :	
Intervalle souhaité	
<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> sur 24h	
Installation de l'appareil	
<input type="checkbox"/> Le patient vient prendre l'appareil à la LPV <input type="checkbox"/> La LPV installe l'appareil au domicile du patient	
Retour de l'appareil	
<input type="checkbox"/> Le patient rapporte l'appareil à la LPV le lendemain <input type="checkbox"/> La LPV va rechercher l'appareil au domicile du patient le lendemain	
Traitements(s) impactant le sommeil	

Fiche remplie par (nom/prénom) :