



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

Traitement(s) impactant le sommeil

Fiche remplie par (nom/prénom) :