



## Demande d'oxymétrie 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
<b>Délai maximum auquel l'examen doit être effectué</b> Date :	
<b>Intervalle souhaité</b> <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
<b>Retour de l'appareil</b>
<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) :