

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Orthèse mandibulaire

MiGel 14.11.00.01.1

Première prescription

(À remplir par la Ligue)

MiGel



LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE



A) Indications générales (remplir complètement s.v.pl.)

Nom/Prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
NPA/Lieu	_____	E-Mail	_____
Téléphone/Natel	_____	N° d'assurance sociale	_____
Profession	_____	Maladie/Acc./AI	_____
Assureur	_____	N° d'assuré	_____

B) Diagnostic principal

Troubles respiratoires du sommeil
(AOS, ACS, formes mixtes)

C) Examens

Diagnostic:	Résultats
<input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	_____
<input type="checkbox"/> Index d'apnées-hypopnées	_____
<input type="checkbox"/> Epworth Sleepness Scale (ESS)	_____
<input type="checkbox"/> Autres symptômes (fatigue diurne ou autres)	_____

D) Prescription appareil

Systeme

Narval ResMed
 SomnoSwiss®
 Autre

Achat

G) Pneumologue prescripteur

Pneumologue prescripteur/
Centre de médecine du
sommeil prescripteur _____

Début du traitement _____

Date de prescription _____

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Prescription à
