

### A) Informazioni generali (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Nome/Cognome _____	Sesso _____
Indirizzo _____	Data di nascita _____
NPA/Località _____	Ct _____
Telefono/Natel _____	No di sicurezza sociale _____
Professione _____	Malattia/Acc./Al _____
Assicuratore _____	Numero d'assicurato _____

### B) Diagnosi principale

20 Disturbi respiratori del sonno

(OSA, CSA, malattie miste)

30 Malattie neuromuscolari

### selezionare il codice

50 Malattie cardiache

(cuore polmonare, malformazione card., insufficienza cardiaca)

90 Altre \_\_\_\_\_

### C) Esami

Metodo di diagnosi:	Indice:	senza PAP:	con PAP:
<input type="checkbox"/> Ossimetria	Numero desaturazioni/ora: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Poligrafia/PSG	Indice apnea/ipopnea: _____	_____	_____

### D) Prescrizione apparecchio ed accessori

Prestazione desiderata: \_\_\_\_\_ (acquisto possibile unicamente solo dopo 12 mesi di noleggio)

Sistemi \_\_\_\_\_ Pressione (min/max) \_\_\_\_\_

#### Accessori

<input type="checkbox"/> Maschera nasale	Modello _____	misura _____
<input type="checkbox"/> Maschera full face	Modello _____	misura _____
<input type="checkbox"/> Umidificatore	Modello _____	
<input type="checkbox"/> Altro	_____	

### E) Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio

(secondo l'accordo aggiuntivo Lega polmonare/Tarifsuisse ag del 01.01.2015)

si  no

Soglia di riferimento in minuti

- 1) Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.
- 2) La prescrizione medica è consegnata per 6 mesi, si riconduce automaticamente per 6 mesi supplementari.
- 3) In caso di bisogno aumentato di cure, riempire il formulario 6.

Primo anno:  
140 minuti

Anni successivi:  
80 minuti

### F) Prescrizione controllo risultati

si  no

Controllo di compliance dopo 1 – 3 mesi, e/o dal 2° anno (validità 1 anno)  
(Elaborazione dati, rapporto da inoltrare al medico)

### G) Pneumologo prescrittore

Pneumologo prescrittore/  
Centro med. spec. per  
medicina del sonno \_\_\_\_\_  
Data di inizio trattamento \_\_\_\_\_  
Data della prescrizione \_\_\_\_\_  
Pneumologo per i controlli \_\_\_\_\_

Timbro/Firma (compreso N° RCC)

Inviare la prescrizione a \_\_\_\_\_