



Coordonnées du patient:

Nom: _____ DDN: _____

Téléphone: _____ NAM: _____

Consultation en pneumologie

(Le patient doit avoir été vu en consultation au préalable par un(e) de nos inhalothérapeutes ou avoir réalisé un test du sommeil)

OU

Traitement - Appareil à pression positive continue

- Débuter par essai coussin positionnel
- Titration CPAP 3 nuits et ajustement à la PPC 90% par la suite
- Pression fixe
Ajustement à: _____ cm H₂O
- Pression automatique
Pression minimale: _____ cm H₂O
Pression maximale: _____ cm H₂O
- Oxymétrie nocturne sous CPAP 3 mois post début de thérapie

- Masque nasal Masque narinaire Masque facial Masque au choix
- Mentonnière au besoin Suivi thérapeutique dans _____ semaines

Nom et prénom du requérant _____ **Permis** _____

Signature: _____ **Date** _____