



Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

Ártámogatási Főosztály
Telefon: (1) 298-2458 Fax: (1) 298-2457



INDIKÁCIÓS LAP¹ ÉJSZAKAI LÉGSÍNTERÁPIÁS ESZKÖZ (BiPAP) ISMÉTELT ENGEDÉLYEZÉSÉHEZ

Biztosított neve:	
TAJ száma:	Szül. dátuma:
Lakcíme:	

Jelen igénylést megelőző, legutolsó alváslaboratóriumi diagnózis és vizsgálati eredmények:

	IGEN	NEM
obstruktív alvási apnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
centrális alvási apnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
felső légúti rezisztencia szindróma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alveoláris hypoventilláció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overlap szindróma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
globalis légzési elégtelenség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyéb		

Kor: testsúly: testmagasság: BMI:

RDI/AHI index:	
átlagos szaturáció:	
minimális szaturáció:	
deszaturációs index:	
90 %-os oxigén szaturáció alatt töltött alvási idő:	
Epworth álmosági skála érték:	
a beteg testsúly változása a légsíntherápiás eszköz használata mellett:	

A beteg közérzete a légsíntherápiás eszköz használata előtti időszakhoz képest:

sokkal jobb jobb változatlan rosszabb

Antihypertenzívum használat: csökkent változatlan

Az alvás alatti légzészavar kezelése szempontjából releváns társbetegségek:

magas vérnyomás:	
karotis szűkület	
koszorúér betegség:	
billentyűbetegség:	
ritmuszavar:	

¹ Az Indikációs lapot a javaslatot adó orvosnak szükséges kitölteni

kardiális dekompenzáció:	
asthma bronchiale:	
COPD:	
pulmonalis hypertonia:	
súlyos kyphoskoliózis:	
légzési elégtelenség:	
gátolt orrlégzés:	
neuromuskularis betegség:	
egyéb:	

A kezelés és gondozás szempontjából releváns, anamnesztikus adatok figyelembe vétele érdekében a betegkérelemhez részletes eredeti dokumentáció csatolása szükséges!

Beteg-együttműködésre vonatkozó információk:

A korábban a beteg számára rendelt készülék típusa:

.....

A megelőző készüléket a beteg éven keresztül használta.

A készülék használata: rendszeres rendszertelen volt.

Mindezek alapján az éjszakai légsíntherápiás készülék NEAK általi egyedi támogatását

javasolom nem javasolom.

A felírással kerülő készülék típusa:

EPAP/IPAP vízcm.

Kelt:, év hó nap

Intézeti P.H.

.....
orvos aláírása