

**CPAP/BIPAP APPLICATION FORM/
 DEMANDE D'APPAREIL VSPPC/VSPPI**

CLIENT INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

LAST NAME/ NOM

FIRST NAME/ PRÉNOM

DATE OF BIRTH/ DATE DE NAISSANCE

ADDRESS/ ADRESSE

CITY, TOWN, VILLAGE/ VILLE, VILLAGE

POSTAL CODE/ CODE POSTAL

TELEPHONE/ TÉLÉPHONE

HEALTH CARD/ CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE

MEMBER ID/ ID DU MEMBRE

LANGUAGE/ LANGUE

GENDER/ GENRE

CONTACT/ PERSONNE RESSOURCE _____

DELIVERY SYSTEM/ TYPE D'APPAREIL

MODEL/ MODÈLE _____

SERIAL #/ N° DE SÉRIE _____

SOFTWARE/ LOGICIEL

MANUFACTURER/ FABRICANT

SIZE/ TAILLE

NASAL MASK/ MASQUE NASAL _____

NASAL PILLOWS/ COUSSINETS POUR LE NEZ _____

FULL FACE MASK/ MASQUE COMPLET _____

HEADGEAR/ COURROIES DE TÊTE _____

ACCESSORIES/ ACCESSOIRES _____

HUMIDIFIER/ HUMIDIFICATEUR

MEDICAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

DIAGNOSIS/DIAGNOSTIC _____

PRESCRIPTION/ORDONNANCE _____

PHYSICIAN/MÉDECIN _____

HISTORY/HISTORIQUE:

<u>SYMPTOMS/ SYMPTÔMES</u>	<u>PREVIOUS/ PRÉALABLES</u>	<u>CURRENT (WITH CPAP)/ ACTUELS (AVEC LE VSPPC)</u>
DAYTIME SLEEPINESS/ SOMNOLENCE DURANT LE JOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNORING/ RONFLEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORNING HEADACHE/ MAUX DE TÊTE MATINAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRRITABILITY - MOOD SWINGS/ IRRITABILITÉ - SAUTES D'HUMEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POOR CONCENTRATION/ DIFFICULTÉ DE CONCENTRATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POOR MEMORY/ FAIBLE MÉMOIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FALLS ASLEEP DURING ACTIVITY/ S'ENDORT DURANT UNE ACTIVITÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHOKING SENSATION DURING SLEEP/ SENSATION D'ÉTOUFFER EN DORMANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NASAL CONGESTION/ CONGESTION NASALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NASAL DRIP/ ÉCOULEMENT NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NASAL DRYNESS/ SÉCHERESSE DU NEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EYE WATERING/ LARMOIEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SORE THROAT/ MAUX DE GORGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EAR RINGING/ TINTEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTHER/ AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>PATIENT COMPLIANCE/ CONFORMITÉ DU PATIENT</u> _____		

COMMENTS - REVIEW / OBSERVATIONS - EXAMEN

SIGNATURE _____

DATE _____