



Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

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



INDIKÁCIÓS LAP ¹ ÉJSZAKAI LÉGSÍNTERÁPIÁS ESZKÖZ (BIPAP) ENGEDÉLYEZÉSÉHEZ

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

Alváslaboratóriumi diagnózis:	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		

Az alvás alatti légzészavar kezelése szempontjából releváns társbetegségek:

magas vérnyomás:	
karotis szűkület	
koszorúér betegség:	
billentyűbetegség:	
ritmuszavar:	
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 eredeti dokumentáció csatolása szükséges!

A beteg klinikai adatai:

Kor: testsúly: testmagasság: BMI:

hangos horkolás	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
alvótárs által megfigyelt	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
napközbeni fokozott aluszékonyság	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
nem frissítő alvás	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

¹ Az Indikációs lapot a javaslatot adó orvosnak szükséges kitölteni

Epworth álmosági skála összesített pontszáma:
 antihypertenzív kezelés igen nem
 gyógyszerek:

Diagnosztikus, éjszakai polysomnographiás vizsgálat eredményei:

AHI/RDI index:	
átlagos szaturáció:	
minimális szaturáció:	
deszaturációs index:	
90 %-os oxigén szaturáció alatt töltött alvási idő (perc):	

A légszínterápiás készülék 60 napos kipróbálásának beteg-együttműködésre vonatkozó adatai:

A készülék kipróbálási időszak kezdő napja (év, hónap, nap)	
A készülék kipróbálási időszakának vége (év, hónap, nap):	
A használati napok száma:	
Az egy napra vetített átlagos használati idő:	
A napi 4 órát meghaladó használat napjainak a száma:	

A kérelem szakmai elbírálásához a beteg compliance-t igazoló eredeti dokumentáció becsatolása szükséges! (Encore Pro kiértékelő rendszer adatai kinyomtatott formában)

A 60 napos kipróbálást követő beteg adatok:

AHI/RDI index :	
Átlagos szaturáció:	
Minimális szaturáció:	
Deszaturációs index a kipróbálás mellett:	
90 %-os oxigén szaturáció alatt töltött alvásidő (perc):	
Epworth álmosági skála összesített pontszáma:	

A beteg közérzete a kipróbálást megelőző állapothoz képest:
 sokkal jobb jobb változatlan rosszabb

Javasolt kezelés:

Mindezek alapján az éjszakai légszínterápiás készülék NEAK általi egyedi támogatását
 javasolom nem javasolom.

A javasolt légszínterápiás eszköz neve:

IPAP / EPAP nyomás vízcm

Kelt:, év hó nap

Intézeti P.H.
 Orvos aláírása