



VIVISOL
Home Care Services

T.: 0800 1 45 47

VIVISOL B
Zoning Ouest 14
B-7860 LESSINES
T : 068/27.06.40
F : 068/27.06.49
www.vivisol.be

DEMANDE OXYGÉNOTHÉRAPIE DE LONGUE DURÉE

DEMANDEUR	PATIENT
HÔPITAL :	NOM :
SERVICE :	ADRESSE :
ADRESSE :
.....	TÉL :
DOCTEUR :	GSM :
E-MAIL :

DATE CONVENTION	DEBUT	FIN
 / / / /
THÉRAPIE REPOS	HEURES/JOUR :	L./MIN. :
THÉRAPIE NUIT	HEURES/JOUR :	L./MIN. :
THÉRAPIE EFFORT	HEURES/JOUR :	L./MIN. :

<input type="checkbox"/>	CONCENTRATEUR (pseudocode 797252)	<input type="checkbox"/>	CONCENTRATEUR FIXE + PORTABLE (pseudocode 797296)
<input type="checkbox"/>	CONCENTRATEUR + COMPRESSEUR DE RECHARGE (pseudocode 797274)	<input type="checkbox"/>	CONCENTRATEUR PORTABLE (pseudocode 797370)
<input type="checkbox"/>	OXYGÈNE MÉDICAL LIQUIDE (pseudocode 797311)	↳ <input type="checkbox"/>	FreeStyle (2,8 kg – 55 dB)
		<input type="checkbox"/>	Inogen One (3,2 kg – 37 dB)

LIMITATION DU DEBIT ⇒ L./min. max :

HUMIDIFICATEUR

REMARQUES :

.....

.....

CACHET + SIGNATURE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR