

**CPAP APPLICATION FORM
FORMULAIRE DE DEMANDE DE VSPPC**

PART A : CLIENT INFORMATION / INFORMATION DU CLIENT

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRENOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TELEPHONE	HEALTH CARD / CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE	PRIVATE INSURANCE / ASSURANCE PRIVÉ?
		Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non <input type="checkbox"/>

PART B : PRESCRIPTION / ORDONNANCE

To be completed by the physician | A être complété par un médecin

INITIAL PRESCRIPTION | ORDONNANCE INITIALE: REPLACEMENT | REMPLACEMENT: FINAL PURCHASE | ACHAT FINALE

PHYSICIAN CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU MEDECIN

NAME / NOM: _____ SIGNATURE: _____
SPECIALTY / SPÉCIALITÉ: _____ DATE: _____

INITIAL DIAGNOSIS AND PRESCRIPTION / DIAGNOSE INITIALE ET ORDONNANCE

(A LEGIBLE COPY OF THE RX CAN BE ATTACHED / UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION ECRITE CLAIREMENT PEUT ETRE ATTACHEE)

SLEEP STUDY SUMMARY / SOMMAIRE DE L'ETUDE DE SOMMEIL

DD	MM	YYYY	Level 1 (Sleep Study) Niveau 1 (Etude de sommeil) <input type="checkbox"/>	Apnea-hypopnea index : Indice d'apnée-hypopnea : _____
			Level 3 (Nocturnal Oximetry) Niveau 3 (Oximétrie nocturne) <input type="checkbox"/>	Events per hour : Evènements par heure : _____

INTERPRETATION SUMMARY / SOMMAIRE D'INTERPRETATIONS

Interpreted by : Interprété par :		Interpretation date : Date d'interprétation :	
--------------------------------------	--	--	--

Part C : Service Provider Contact Information / Coordonnées du fournisseur de services

TO BE COMPLETED BY AN AUTHORISED VENDOR ONLY / A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN FOURNISSEUR AUTORISÉ

CONTACT NAME: _____ TELEPHONE: _____ FAX: _____
PERSONNE RESSOURCE: _____ TELEPHONE: _____ TELECOPIEUR: _____
VENDOR: _____
FOURNISSEUR: _____

VENDOR IDENTIFICATION NUMBER : _____
NUMERO D'IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR : _____

**ANY CHANGES MUST BE PRIOR APPROVED - PRODUCTS THAT HAVE NOT BEEN AUTHORIZED WILL NOT BE PAID.
TOUT CHANGEMENTS DOIT ÊTRE APPROUVÉES EN AVANCE - LES PRODUITS QUI NE SONT PAS AUTORISÉ NE SERONT PAS PAYÉS.**

PART D : CPAP TRIAL AND PURCHASE / L'ESSAIE ET ACHAT DU VSPPC

STARTING DATE FOR TRIAL / DATE DE DÉBUT POUR ESSAIE :

USAGE / UTILISATION

RESULTS OF CPAP / RESULTATS DU VSPPC

DD	MM	YYYY
----	----	------

HOURS PER NIGHT
 HEURES D'UTILISATION NOCTURNE _____

Symptoms alleviated? / Soulagement de symptômes? Y / O N / N

COMPLETED TRIAL DATE / DATE D'ESSAIE COMPLETER

DD	MM	YYYY
----	----	------

NUMBER OF DAYS USED
 COMBIEN DE JOURS UTILISER _____

Compliance / Conformité? Y / O N / N

Patient comfortable with usage? / Patient à l'aise avec usage? Y / O N / N

EQUIPEMENT AND SUPPLIES TO BE PURCHASED / ACHAT D'ÉQUIPEMENT ET FOURNITURES

Product & Equipment Produits et équipement	Please provide the quantity required, the brand and serial number where applicable. SVP indiquer la quantité requise, la marque et les numéros de série où applicable.	COST COUT	Monthly Par mois	Annual Annuel
CPAP Trial / Essai VSPPC	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	N/A
CPAP Unit / Unité de VSPPC	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	N/A
Autoset CPAP / VSPPC Automatique	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	N/A
Mask / Masque	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	<input type="checkbox"/>
Tubing / Tubes	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	<input type="checkbox"/>
Filters / Filtres	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	<input type="checkbox"/>
Humidifier/ Humidificateur	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	<input type="checkbox"/>
Head gear / Courroie	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	<input type="checkbox"/>
Nasal Pillow / Bulle Nasale	<input type="checkbox"/>	\$	N/A	<input type="checkbox"/>
TOTAL		\$		

**BEFORE SUBMITTING FOR YOUR TRIAL OR PURCHASE, PLEASE VERIFY THE FOLLOWING
 AVANT DE SOUMETTRE L'APPLICATION POUR L'ESSAIE OU L'ACHAT, SVP VERIFIER CE QUI SUIT**

All necessary documentation specified in the Health Services Guidelines is included with this application. Tous les documents nécessaires indiqués dans les directives des Services de Santé sont inclus avec cette demande.	Y / O	N / N
The client, and other household members, have received education relevant to the equipment provided and are willing to comply with the treatment plan prescribed, including smoking cessation. Le client et d'autres membres de la maison, ont reçu l'éducation pertinente pour l'équipement fourni et sont enclins à respecter le plan de traitement prescrit, y compris le sevrage tabagique.	Y / O	N / N

Vendor Signature : _____
 Signature du fournisseur : _____ Date : _____

Please always include a copy of this document with your initial request for payment on the Health Services Claim Form. Thank you.
 SVP toujours ajoutez une copie de ce document avec votre demande de paiement initiale sur le formulaire de demande des Services de Santé. Merci.

FOR OFFICE USE ONLY | POUR UTILISATION DU BUREAU SEULEMENT

APPROVED APPROVEE	<input type="checkbox"/>	REFUSED REFUSEE	<input type="checkbox"/>	PENDING INFO EN ATTENTE D'INFO	<input type="checkbox"/>																				
APPROVAL NUMBER / NUMERO D'APPROBATION		TRIAL / ESSAIE <input type="checkbox"/>	PURCHASE / ACHAT <input type="checkbox"/>																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
Administrator Administrateur _____				Date : _____		EXPIRES / EXPIRE : _____																			

Comments / Commentaires:

REGISTERED / ENREGISTRER _____ DATE : _____