

SESAR Behandlingsstart CPAP

Personnummer _____

Besöksdatum _____

Datum då patienten besöker mottagningen. *Obligatorisk*

Datum för remiss/beslut till CPAP _____

Datum när utredningen är klar och då remiss skrivs för behandlingsstart med CPAP alternativt när beslut om behandlingsval CPAP tas.

Behandlingsstart CPAP _____

Datum när patienten fick med sig sin CPAP för att starta behandlingen. Gäller även om starten avser en provperiod.

Typ av CPAP för fortsatt behandling i hemmet

- CPAP
- APAP
- ASV
- BilevelPAP
- Okänt

Välj det alternativ som motsvarar vald behandlingsapparat.

CPAP: avser Fast positivt luftvägstryck

APAP: avser Automatiskt positivt luftvägstryck

ASV: avser Adaptiv servoventilator

BilevelPAP: avser BilevelPAP, AutoBilevelPAP

Typ av andningsmask vid behandlingsstart

- Näsmask
- Helmask
- Både näsmask och helmask
- Okänt

Välj det alternativ som motsvarar vald andningsmask.

Näsmask avser näsmask alternativt näskuddemask

Vilken typ av patientutbildning har patienten fått

- Individuell vid fysiskt möte
- Individuell vid digitalt möte
- Grupputprovning vid fysiskt möte
- Grupputprovning vid digitalt möte
- Egen upplärning med instruktionsfilm och patientinformation

Välj den utbildningsform patienten fått inför behandlingsstart. Mer än ett alternativ möjligt.

"Egen upplärning med instruktionsfilm och patientinformation" kan ske via 1177 eller annan digital plattform.