





















EXAMEN DE POLYGRAPHIE VENTILATOIRE

Nom : CORREIA__ALMEIDA
Taille: 177 cm
Dossier : corr12105tyt
Durée : 10h0min
Polygraphie réalisée avec un appareil Cidelec : CID102L NS:2124

Prénom : ANTONIO
Poids : 85 kg
Date d'enregistrement : 09-12-2015
Durée validée : 6h59min

Né(e) le : 23-08-1975
Indice corporel : 27 Kg/m²

INDICATION

ronflements

EVENEMENTS RESPIRATOIRES

Nombre d'apnées : 1 soit 0 par heure (dont 1 obstructives, 0 centrales, 0 mixtes)
Durée cumulée : 0 minutes
Durée moyenne : 10 secondes
Durée maximale : 10 secondes
Nombre d'hypopnées : 16 soit 2 par heure (dont 7 avec un caractère obstructif)
Autres événements obstructifs (limitations) : 77 soit 11 par heure

SYNTHESE

Index d'apnées hypopnées : 2 par heure
Index d'apnées, d'hypopnées et d'événements obstructifs (limitations) : 13 par heure
Index d'apnées, d'hypopnées et d'événements (diminutions) : 22 par heure
Index d'apnées, d'hypopnées et d'événements obstructifs avec indicateurs non corticaux : 10 par heure
Index d'apnées hypopnées en position dorsale : 2 par heure

RONFLEMENTS

Nombre total : 6436 soit 921 par heure
Durée cumulée : 336 Minutes soit 80 % de la période validée
Energie moyenne : 93 db Leq

SATURATION

Nombre de désaturations : 21 soit 3 par heure (seuil de 4%)
Saturation minimale, moyenne, d'éveil : 84%, 92%, 94%
Pourcentage de temps passé à Spo2 < 90% : 3%
Pourcentage de temps passé à Spo2 < 85% : 0%
Pourcentage de temps passé à Spo2 < 80% : 0%

PARAMETRES CARDIO-VASCULAIRES

Fréquence moyenne du pouls : 79 cycles/min (écart type : 9.1 cycles/min)
Fréquences minimale / maximale : 55 / 113 cycles/min
Retard moyen fin apnée - fin désaturation : 17 secondes

CONCLUSIONS

absence de saos ronflements occupant 80% de la période valide

A COMPTER DU

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

MATRICULATION: 11502032001110
 N° d'identification: 0200 de l'Alma da
 NOM: HAYEL ANOUC
 Prénom: ANOUC
 Sexe: M F Date de naissance:
 Lien avec l'assuré(e): Conjoint Autre membre de la famille
 Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)
 Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-titulaire d'une pension? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

S'agit-il d'un accident? OUI NON Date de cet accident:
 Si le malade est PENSIONNÉ(E) DE GUERRE et si la demande concerne l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
 Signature de l'assuré(e):

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

en rapport avec une affection de longue durée? OUI NON
 connue sur liste OUI NON, reconnue hors liste OUI NON

	Poste fixe	Désambro- sation (1)	Durée (h/j)	Débit (l/min)
Oxygénothérapie par concentrateur				
Oxygénothérapie gazeuse par bouteille				
Oxygénothérapie liquide				
Ventilation mécanique à l'embout buccal				
Ventilation mécanique par masque nasal				
Ventilation mécanique par trachéotomie				
Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique				
Ventilation mécanique par pression positive continue				
Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
Autres:				

APPAREILLAGE PRESCRIT

A l'acte (hors association)
 Association: NOM: _____ ADRESSE: _____
 FORFAIT SOINS N°: _____

MATERIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mas. O ₂ liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

DOCTEUR KHEIRA BENSELEM
 ORL
 EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
 RONFLEMENTS - VERTIGES
 25 RUE PIERRE BEREGOVY
 92110 CLICHY TEL: 01 55 90 09 40
 01 55 90 09 40
 01 55 90 09 40
 01 55 90 09 40

28/2/15
 60%
 921153819

DÉCISION DE L'ORGANISME

Accord jusqu'au Forfait association Location Achat
 Refus → Taux de remboursement: 60% MOTIF (voir notification jointe)
 Date: 08/01/15
 Signature:

**Pôles Service
PS PRESCRITS
E150**