

## 건강보험 양압기 처방전

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 중복하여 급여 받으시는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.

※ 그 밖의 유의사항 및 작성방법은 뒤쪽을 참고하여 주시기 바랍니다.

(앞 쪽)

[ ] 재발급

수진자	성명	주민(외국인)등록번호		
	전화번호 (주택)	(휴대전화)		
진료과목		상병명		상병코드

압력 처방 및 순응도 평가 등  (해당사항에 기재 및 √표시)	1. 압력 처방 [ ] 단일압력: (      cmH2O) → 지속형 양압기(CPAP) 처방 [ ] 구간압력: (      ~      cmH2O) → 자동형 양압기(APAP) 처방 [ ] 호기압력(EPAP)(      cmH2O) 및 흡기압력(IPAP)(      cmH2O) → 이중형 양압기(BiPAP) 처방			
	2. 순응기간(최초 처방일부터 90일) 중 순응도 평가(순응기간 후 최초 처방 시 기재) ① 연이은 30일 사용기간:      년      월      일 ~      년      월      일 ② 연이은 30일 사용기간 중 1일 4시간 이상 사용일수(소아의 경우는 3시간 이상): (      일) ※ 사용기간 동안 기기 사용내역 반드시 첨부			
	3. 이중형(BiPAP) 처방기준 (이중형 처방 시 기재) ① 일반 [ ] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 15cmH2O 이상의 압력을 사용하였을 때 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 √표시) [ ] 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: PaCO2 또는 TcCO2 또는 EtCO2가 50mmHg 초과 [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 초과일 때 <div style="display: inline-block; width: 45%; vertical-align: top; border-left: 1px dashed black; padding-left: 5px;">                     ② 소아의 경우(12세 이하)                      [ ] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 치료에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 √표시)                      [ ] 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: PaCO2 또는 TcCO2 또는 EtCO2가 50mmHg 초과                      [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 초과일 때                 </div> ※ BiPAP 처방 시 양압기 압력적정 수면다원검사(Titration) 결과지를 반드시 첨부하고, 수면과탄산혈증에 해당하는 경우 이산화탄소 분압 검사 결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 추가 첨부			

처방 구분	[ ] 순응기간 중 처방 [ ] 순응기간 후 처방	양압기 종류	[ ] 지속형(CPAP)…단일압력처방 [ ] 자동형(APAP)…구간압력처방 [ ] 이중형(BiPAP)
-------	--------------------------------	--------	--

처방기간	. . . ~ . . . . . . (      개월)	하루 평균 사용시간 (직전 처방기간 총 사용시간 / 총 처방일수) ※ 순응기간 후 최초처방의 경우 (연이은 30일 간 총 사용시간/30일)	시간 (기기 사용내역 반드시 첨부)
------	-----------------------------------	--	---------------------------

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 대어·제출하여야 합니다.
----------	---------------	-------------------------

년      월      일

요양기관: (명칭)      (요양기관 기호      )      (요양기관 직인)

담당의사 성명:      (면허번호 제      호)

전문과목:      (전문직 자격번호 제      호)      (서명 또는 인)