

의료급여 양압기 처방전

[] 재발급 (앞 쪽)
 보장기관명(기호)

진료받은 사람	성 명 전화번호 (자택)	주민(외국인)등록번호 (휴대전화)
------------	------------------	-----------------------

진료과목	상병명	상병코드	진단확인일
------	-----	------	-------

상병 및 검사방법 (해당사항에 √표시 및 기재)	1. [] 양압기 요양비 지급대상 상병(고시 별표1)에 해당 2. [] 제 I 형 수면다원검사(Level I) 실시 일자: 년 월 일 ※ 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지를 반드시 첨부 (처방전 발행일을 기준으로 1년 이내 시행한 검사만 유효)		
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

환자상태 및 진료소견 (해당사항에 √표시)	1. 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과 ① 일반 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 15 이상 또는 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시) [] 불면증 [] 주간졸음 [] 인지기능 감소 [] 기분장애 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시) [] 고혈압 [] 빈혈성 심장질환 [] 뇌졸중 기왕력 [] 산소포화도가 85% 미만 ② 소아의 경우(12세 이하) [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 또는 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 1 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시) [] 불면증 [] 주간졸음 [] 부주의-과행동증 [] 아침두통 [] 행동장애 [] 학습장애 [] 산소포화도가 91% 미만 2. 제 I 형 수면다원검사(Level I)가 불가능한 경우(①, ② 모두 충족) / (해당사항에 √표시) ① 환자 유형 [] 2세 이하의 영유아 또는 [] 협조가 불가능한 질환자(선천이상 기형, 신경발달지연) ② 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과 아래의 어느 하나에 해당 [] 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상 [] 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2) 결과가 모두 50mmHg 이상 ※ 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부		
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

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 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 ※ BiPAP 처방 시 양압기 압력적정 수면다원검사(Titration) 결과지를 반드시 첨부(BiPAP 최초 처방시)하고, 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) . . . (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 대여·제출 하여야 합니다.
----------	---------------	--------------------------

(뒤 쪽)

년 월 일

의료급여기관: (명칭) (의료급여기관 기호) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명: (면허번호 제 호)

전문과목: (전문의 자격번호 제 호) (서명 또는 인)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 순응기간 중 처방은 최초 처방일부터 90일 이내 처방을 말하며, 순응기간 후 처방은 순응도 평가 결과 순응한 자*에 한하여 처방할 수 있습니다.
* 순응기간(최초 처방일부터 90일까지) 중 연이은 30일 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하는 자를 말한다.
4. 순응기간 후 처방 시 직전 처방기간 동안 기기에 기록된 사용내역을 반드시 첨부하여야 하며, 하루 평균 사용시간이 2시간 이상일 경우(만 12세 이하 제외)에 한하여 순응기간 후 처방전 발급이 가능합니다.
다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안의 사용내역을 첨부합니다.
5. 처방전은 반드시 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 신경과, 이비인후과, 정신건강의학과, 재활의학과 전문의 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 의사가 발행하여야 합니다.
6. 양압기치료 서비스 제공업소 현황, 양압기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 요양기관 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터에서 확인할 수 있습니다.
7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

작성방법

1. 수진자의 성명(한글) 및 주민등록번호를 기재합니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
2. 순응기간 중 순응도 평가는 평가 결과가 순응한 자에 해당 될 경우 관련 내역을 기재합니다.
3. 하루 평균 사용시간은 직전 처방기간 동안의 하루 평균 사용시간을 기재합니다. 다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안 평균 사용시간을 기재합니다.
- 하루 평균 사용시간이 2시간 이상(만 12세 이하의 소아는 제외)인 경우에 한하여 순응기간 후 처방 가능
4. 처방기간은 순응기간 중 처방의 경우에는 90일 이내, 순응기간 후 처방의 경우에는 3개월의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만, 처방기간 내에 양압기 종류를 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.

처리절차

