

**CPAP/ BIPAP APPLICATION FORM /  
 DEMANDE D'APPAREIL VSPPC/VSPPI**

**CLIENT INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT**

LAST NAME/NOM

FIRST NAME/PRÉNOM

DATE OF BIRTH/DATE DE NAISSANCE

ADDRESS/ADRESSE

CITY,TOWN,VILLAGE/VILLE,VILLAGE

POSTAL CODE/CODE POSTAL

TELEPHONE/TÉLÉPHONE

HEALTH CARD/CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE

MEMBER ID/ID DU MEMBRE

LANGUAGE/LANGUE

GENDER/GENRE

CONTACT/PERSONNE RESSOURCE \_\_\_\_\_

**DELIVERY SYSTEM/ TYPE D'APPAREIL**

MODEL/MODÈLE \_\_\_\_\_

SERIAL #/N° DE SÉRIE \_\_\_\_\_

SOFTWARE/LOGICIEL

MANUFACTURER/FABRICANT

SIZE/TAILLE

NASAL MASK/MASQUE NASAL \_\_\_\_\_

NASAL PILLOWS/COUSSINETS POUR LE NEZ \_\_\_\_\_

FULL FACE MASK/MASQUE COMPLET \_\_\_\_\_

HEADGEAR/COURROIES DE TÊTE \_\_\_\_\_

ACCESSORIES/ACCESSOIRES \_\_\_\_\_

HUMIDIFIER/HUMIDIFICATEUR

