

Sömnmott/Klinik:
Namn Felanmälare/registrerare:

Felanmälan Datum:
Telefonnummer vid ev frågor/klargörande:

VÄRDEFULL INFORMATION ATT DELGE VID INSKICKNING AV PRODUKT MED EV LJUDBILDSPROBLEMATIK

OBS: behåll SD-kortet i maskinen om det går för att underlätta felsökning. **INGEN patient-ID** följer med SD-kortet, endast sömn datan.

Modell och inventarienummer

- SystemOne _____
- DreamStation _____

1. När uppstår ljudet?

Genast från start av CPAP-enheten

Uppstår senare under nattens behandling (ev. maskläckage, se tryckprofil; otillräcklig inställning? etc)

2. Kan du/patienten beskriva ljudet på något sätt?

3. Använder patienten befuktare?

Ja (om JA ska även befuktaren skickas med: Inventariernr _____)

Nej

4. Vilken masktyp använder patienten?

- Helmask. Modell:
- Näsmask. Modell:

5. Hur ser maskläckaget ut runt aktuell tid i Encore avläsningsprogram?

Stort läckage

Ingen avvikande anmärkning

Har ej tittat i Encore

6. Övrig information: