

Sömnmott/Klinik:
Namn Felanmälarare/registrerare:

Felanmälan Datum:
Telefonnummer vid ev frågor/klargörande:

VÄRDEFULL INFORMATION ATT DELGE VID INSKICKNING AV PRODUKT MED EV
LJUBILDSPROBLEMATIK

OBS behåll SD-kortet i maskinen om det går för att underlätta felsökning. INGEN patientID följer med SD-kortet endast sömnadat!!

Modell & 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. Ev Övrig info: