

## 의료급여 양압기 처방전

[ ] 재발급						
보장기관명						
진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호			
	전화번호 (주택)		(휴대전화)			
진료과목	상병명		상병코드		진단확인일	
상병 및 검사방법 (해당사항에 [√] 표시 및 기재)	1. [ ] 양압기 요양비 지급대상 상병(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 [ ] 무호흡저호흡 지수(AHI)가 15 이상 또는 [ ] 무호흡저호흡 지수(AHI)가 5 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 [√] 표시) □ 불면증 □ 주간졸음 □ 인지기능 감소 □ 기분장애 □ 고혈압 □ 빈혈성 심장질환 □ 뇌졸중 기왕력 □ 산소포화도가 85% 미만 ② 소아의 경우(12세 이하) [ ] 무호흡저호흡 지수(AHI)가 5 이상 또는 [ ] 무호흡저호흡 지수(AHI)가 1 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 [√] 표시) □ 불면증 □ 주간졸음 □ 부주와-괴행동증 □ 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(EtCO <sub>2</sub> 또는 TcCO <sub>2</sub> )이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상 □ 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO <sub>2</sub> 또는 TcCO <sub>2</sub> ) 결과가 모두 50mmHg 이상 ※ 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부					
입력 처방 및 순응도 평가등 (해당사항에 기재 및 [√] 표시)	1. 압력 처방					
	① 지속형(CPAP), 자동형(APAP)의 경우: (       cmH <sub>2</sub> O) 또는 (       ~       cmH <sub>2</sub> O) ② 이중형(BiPAP)의 경우: 호기입력(EPAP)(       cmH <sub>2</sub> O) 및 흡기입력(IPAP)(       cmH <sub>2</sub> O)					
	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 15cmH <sub>2</sub> O 이상의 압력을 사용하였을 때 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 [√] 표시) □ 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: PaCO <sub>2</sub> 또는 TcCO <sub>2</sub> 또는 EtCO <sub>2</sub> > 50mmHg □ 무호흡저호흡 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: PaCO <sub>2</sub> 또는 TcCO <sub>2</sub> 또는 EtCO <sub>2</sub> > 50mmHg □ 무호흡저호흡 지수(AHI)가 5 초과일 때 ※ BiPAP 처방 시 양압기 압력적정 수면다원검사(Titration) 결과지를 반드시 첨부(최초 처방 시 만 해당), 수면 과탄산혈증에 해당하는 경우 이산화탄소 분압 검사 결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 추가 첨부						
처방 구분	<input type="checkbox"/> 순응기간 중 처방 <input type="checkbox"/> 순응기간 후 처방		양압기 종류	<input type="checkbox"/> 지속형(CPAP) <input type="checkbox"/> 자동형(APAP) <input type="checkbox"/> 이중형(BiPAP)		
처방기간	. . . . . ~ . . . . . (       개월)		하루 평균 사용시간 (기기 사용내역 반드시 첨부)			
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 첨부합니다. 다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안의 사용내역을 첨부합니다.
5. 처방전은 반드시 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 신경과, 이비인후과, 정신건강의학과, 재활의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
6. 양압기 요양비 지급대상 상병, 검사방법 및 진단기준 등은 국민건강보험공단 요양기관 정보마당(www.nhis.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
7. 양압기치료 서비스 제공업소 현황, 양압기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 사이버민원센터에서 확인할 수 있습니다.

## 작성방법

1. 수신자의 성명(한글) 및 주민등록번호를 기재합니다.
  - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
2. 고시 별표 1(양압기 요양비 지급 대상자)에 속하는 상병에 해당하고 검사방법 및 진단기준을 만족해야 하며, 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지를 반드시 첨부하여야 합니다.
  - 제 I 형 수면다원검사(Level I) 가 불가능할 경우 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.
3. 상병 및 검사방법란, 환자상태 및 진료소견란은 순응기간 중 처방 시에만 작성합니다.
4. 순응기간 중 순응도 평가는 평가 결과가 순응한 자에 해당할 경우 관련 내역을 기재합니다.
5. 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.
6. 처방기간은 순응기간 중 처방의 경우에는 90일 이내, 순응기간 후 처방의 경우에는 6개월의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만, 처방기간 내에 양압기 종류를 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.

## 처리절차

