

# Prescription pour la ventilation mécanique à domicile

SVK 5 neu

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

## INFORMATIONS GENERALES (s.v.p. remplir complètement)

Nom / Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Canton: \_\_\_\_\_ Assurance invalidité:  oui  no  
NPA / Lieu: \_\_\_\_\_ N ID: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_ Caisse-maladie: \_\_\_\_\_  
Mobile: \_\_\_\_\_ CM-N : \_\_\_\_\_

## Diagnostic: codage pour les indications de ventilation à domicile.

10 Neuropathies  
11 Tétraplégie  
12 Sclérose latérale amyotrophique  
13 Paralyse diaphragmatique bilatérale  
14 Syndrome post-poliomyélite  
15 Amyotrophie spinale  
20 Myopathies  
21 Dystrophie musculaire de Duchenne  
22 Dystrophie myotonique de Steinert  
23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires  
  
30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires  
31 Cyphoscoliose  
32 Remaniements cicatriciels de la plèvre  
33 Status post résection pulmonaire étendue  
34 Déformation post-traumatique

## Code: \_\_\_\_\_

40 Hypoventilation alvéolaire primaire  
50 Syndrome obésité-hypoventilation  
60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives  
61 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)  
62 Bronchectasies  
63 Mucoviscidose  
70 Syndrome d'apnées centrales du sommeil  
99 non défini / autres

Appareil: marque, modèle: \_\_\_\_\_

Réglage: P<sub>insp</sub> \_\_\_\_\_ P<sub>exp</sub> \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_ (Vol: \_\_\_\_\_ ml, I:E \_\_\_\_\_)  
PS<sub>min-max</sub>: \_\_\_\_\_

Accessoires: masque: \_\_\_\_\_ Humidificateur: \_\_\_\_\_ Début du traitement (sortie de l'hôpital) \_\_\_\_\_

## Résultats d'examens lors de la pose de l'indication: (avant le début du traitement)

Poids (kg): \_\_\_\_\_ VEMS<sub>1</sub> (% théorique) \_\_\_\_\_  
taille (cm): \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ GDS à AA: kPa  / mmHg   
CV (% théorique): \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_

Bilevel-S: pour l'indication OSAS (AHI non traité: \_\_\_\_\_ /h)

Pression CPAP requise > 12 cmH<sub>2</sub>O  Intolérance CPAP  
 Le traitement en mode BiPAP-S est concluant

## Indications obligatoires dans la demande:

**Appareils Bilevel-ST:** documentation de l'hypoventilation avant (jour + nuit) et de l'amélioration sous ventilation. Confirmation de la praticabilité et de l'acceptation de la ventilation à domicile.

**Appareils ASV-CS:** AHI obstructif, éventuellement sous Auto-CPAP, AHI central. Preuve de la normalisation sous ventilation ASV (AHI). Confirmation de l'amélioration des symptômes et de la praticabilité ainsi que de l'acceptation.

**Appareils volumétriques/barométriques:** documentation de l'hypoventilation de la normalisation sous ventilation. Justification de la forme de ventilation complexe. Documentation de la praticabilité et de l'acceptation.

## Ordonnance pour le suivi et l'accompagnement des patients par la Lique et pulmonaire:

OUI (valable pour une année)  NON

Dans 10 mois, la SVK enverra automatiquement une demande de prolongation de l'ordonnance

## Médecins

Médecin prescripteur / Centre (Signature + Timbre)

Date

Médecin traitant:

Pneumologue responsable des contrôles: