

**Formulaire de prescription****Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive**KPT, Case postale, CH-3001 Berne  
kpt.ch

Première prescription	Renouvellement de la presc.	LiMA	OPAS 7
<b>Patient</b> (remplir complètement s.v.pl.)			
Nom/Prénom	_____	Langue	A      F      I
Rue	_____	Date de naissance	_____
NPA/Lieu	_____	Assurance-invalidité	Oui      Non
Téléphone	_____	N° ID	_____
Mobile	_____	N° de police	_____
Email	_____	Assureur-maladie	_____
Demande	Premier appareil/première ordonnance	Deuxième appareil	
Changement de l'appareil	Âge >5 ans	Default	
<b>Diagnostic</b>	<b>Code du diagnostic principal</b>	<b>Code du diagnostic secondaire</b>	
<b>10 Neuropathies</b>	22 Dystrophie myotonique de Steinert	34 Déformation post-traumatique	62 Bronchectasies
11 Tétraplégie	23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires	<b>40 Hypoventilation alvéolaire primaire</b>	63 Mucoviscidose
12 Sclérose latérale amyotrophique	<b>30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires</b>	41 congénitale	<b>70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil</b>
13 Paralysie diaphragmatique bilatérale	31 Cyphoscoliose	42 late onset	71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe
14 Syndrome post-poliomyélite	32 Remaniements cicatriciels de la plèvre	<b>50 Syndrome obésité-hypoventilation</b>	72 Respiration de Cheyne-Stokes
15 Amyotrophie spinale	33 Status post résection pulmonaire étendue	<b>60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives</b>	<b>99 non défini/autres</b>
<b>20 Myopathies</b>		61 BPCO avancée stable	_____
21 Dystrophie musculaire de Duchenne			_____
<b>Données en matière de ventilation à domicile</b>	non invasive	invasive	
<b>Durée de la respiration</b>	de nuit, nombre d'heures prescrites	24h sans interruption	
	de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures	début du traitement	
<b>Appareil: marque, modèle</b>	_____	N° de série. _____	
Position LiMA	_____		
Début du traitement (sortie de l'hôpital)	_____		
<b>Humidificateur/ accessoires</b>	intégré	séparé	Masque
Marque/modèle	_____	_____	Taille
<b>Fournisseur</b>	_____	_____	_____
<b>Divers</b>	Batterie externe	Mallette de l'appareil	Fixation
	Sangle de tête	Câble d'alarme à distance	Support
			Mentonnière
			Adaptateur O2
			Système de flexibles climatisé
<b>Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge</b> (optionnel)			Oui (voir page 2)
<b>Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile</b>			Oui      Non
<b>Prescription/Signature du médecin</b> (à remplir par le médecin prescripteur)			
Médecin compétent	_____	Date de la prescription	_____
Médecin prescripteur	_____		
Médecin de 1er recours	_____		
Pneumologue des contrôles de suivi	_____		
Signature/Timbre incl. No RCC	_____		
Veuillez envoyer le formulaire à	KPT, Case postale, 3001 Berne		