

Ventilation invasive et non invasive à domicile

À remplir par le pneumologue traitant:

Première prescription Renouvellement

Patient (renseigner tous les champs)

Langue: FR DE IT
 Nom/Prénom: Date de naissance:
 Rue, N°: Assurance-invalidité: oui non
 NPA/lieu: N° ID:
 Téléphone: Mobile:
 N° d'assuré: Assureur maladie:
 Demande: Premier appareil/première ordonnance Deuxième appareil
 Changement de l'appareil: Âge > 5 ans Défectueux

Diagnostic

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	Code diagnostic principal: 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 diagnostic secondaire: 40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable	62 Bronchectasies 63 Mucoviscidose 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72 Respiration de Cheyne-Stokes 99 Non défini/autres
---	---	---	--

Données de ventilat. domicile

non invasive invasive

Durée de la respiration de nuit, nombre d'heures prescrites: 24h sans interruption
 de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures: début du traitement:

Appareil: marque, modèle N° de série:

Position LiMA:

Début du traitement (sortie de l'hôpital):

Humidificateur/accessoires intégré séparé Masque:

Modèle et numéro de série: Taille:

Fournisseur:

Divers Batterie externe Fixation Mentonnière Mallette de l'appareil Support
 Sangle de tête Adaptateur O₂ Câble d'alarme à distance Système de flexibles climatisé

Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge (optionnel) oui (voir page 2)

Prescription de conseils et soins ambulatoires ou à domicile

oui non

Prescription/Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur)

Médecin traitant:

Médecin ordonnant: Date de la prescription:

Médecin de 1^{er} recours: Pneumologue des contrôles de suivi:

Timbre / signature (incl. n° RCC):