

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## oxygénothérapie continue de longue durée/Soin

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

Première prescription   
Renouvellement de la presc.   
(À remplir par la Ligue)  
LiMA  OPAS 7

# 2

  
**LUNGENLIGA**  
**LIGUE PULMONAIRE**  
**LEGA POLMONARE**

### A) Indications générales (remplir complètement s.v.pl.)

Nom/Prénom _____	Sexe _____
Adresse _____	Date de naissance _____
NPA/Lieu _____	Ct _____
Téléphone/Natel _____	N° d'assurance sociale _____
Profession _____	Maladie/Acc./AI _____
Assureur _____	N° d'assuré _____

### B) Diagnostic principal

#### 00 Maladies pulmonaires obstructives

- 01 bronchite chronique, emphysème
- 02 asthme

#### 10 Maladies pulmonaires restrictives

(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)

#### 20 Troubles respiratoires du sommeil

(OSA, CSA, maladies mixtes)

#### 30 Maladies neuro-musculaires

### s.v.pl. reporter le code

#### 40 Maladies vasculaires

(hypertension pulmonaire)

#### 50 Maladies cardiaques

(coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

#### 60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

#### 90 Autres \_\_\_\_\_

### C) Examens obligatoires oui non (Symptôme de coeur pulmonaire chronique)

Fonctions pulmonaires (% valeur théorique)	CV _____ %	FEV1 _____ %		
Labo <input type="checkbox"/> en mmHG <input type="checkbox"/> en kPa	Hémoglobine _____ g/l	Hématocrite _____ %		
Gaz sanguins: (sous conditions cliniques stables)	Date: _____	PaO <sub>2</sub> : _____	PaCO <sub>2</sub> : _____	SaO <sub>2</sub> %: _____
(1) au repos (sans O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____	_____
(2) au repos (après > 30 minutes O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____	_____
(3) test d'effort standardisé (sans O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____	_____
(4) test d'effort standardisé (avec O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____	_____
(3) et (4) obligatoire en cas de prescription d'oxygène liquide				

### D) Prescription pour thérapie avec Système d'oxygène liquide Concentrateur d'oxygène

Durée _____ heures/jour	Débit O <sub>2</sub> au repos _____ l/min	Débit O <sub>2</sub> à l'effort _____ l/min
Mobilité _____ heures/jour (avec O <sub>2</sub> hors du domicile)	Mobile avec _____ Valve économiseuse _____	Mode d'appl. _____

Remarques \_\_\_\_\_

### E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile oui non

(selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

Seuil de référence en minutes

- 1) Facturation selon besoin effectif/prestation.
- 2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.
- 3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.

**1ère année:**  
300 minutes

**Années suivantes:**  
150 minutes

### F) Pneumologue prescripteur

Pneumologue prescripteur \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Début du traitement \_\_\_\_\_  
Date de prescription \_\_\_\_\_  
Médecin de famille \_\_\_\_\_  
Pneumologue responsable \_\_\_\_\_  
Prescription à \_\_\_\_\_

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

## Oxygénothérapie continue de longue durée

Pour atteindre le but visé par la thérapie (diminution de l'hypertension artérielle pulmonaire, décharge de la musculature respiratoire par diminution du rythme respiratoire suite à l'apport d'oxygène, amélioration de l'oxygénation des organes, amélioration de l'état général, augmentation de l'espérance de vie), une administration d'oxygène d'au moins 16 heures par jour est nécessaire.

Une oxygénothérapie de longue durée présuppose un examen préalable correct et la pose d'une indication par des médecins spécialistes; elle nécessite une instruction et un suivi par du personnel auxiliaire spécialisé.

Il existe plusieurs systèmes d'oxygénothérapie équivalents quant à leur efficacité thérapeutique. Selon la consommation, le moment de l'utilisation et l'exigence de mobilité, il convient de choisir à chaque fois le système le plus économique.

Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé n'est en règle générale obsolète et contraire au principe d'économie.

Conformément aux lignes directrices de la Société suisse de pneumologie (version du 28.08.2006), les indications suivantes sont notamment valables:

1. Patients atteints d'hypoxémie artérielle chronique secondaire à une maladie pulmonaire chronique et dans un état clinique stable :  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}/7,3 \text{ kPa}$ . Une hypercapnie simultanée ne constitue en principe pas de contre-indication pour une oxygénothérapie à domicile, à condition que tout risque de dépression respiratoire induite par l'oxygène ait été exclu.
2. Patients atteints de polyglobulie secondaire et/ou présentant les signes de coeur pulmonaire chronique,  $\text{PaO}_2 55-60 \text{ mmHg}/7,3-8,0 \text{ kPa}$ .
3. Patients atteints d'hypoxémie de longue durée dans les situations suivantes:
  - 3.1. hypoxémie principalement induite par l'effort,  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}/7,3 \text{ kPa}$  ou saturation d' $\text{O}_2 < 90\%$  avec la preuve d'une meilleure tolérance à l'effort sous respiration d'oxygène;
  - 3.2. syndrome des apnées centrales du sommeil (p.ex. respiration de Cheyne-Stokes) avec désaturations répétées comme alternative à la ventilation non invasive.

## Limitations en cas d'oxygénothérapie continue de longue durée (selon LiMA):

Diagnostic confirmé de maladie chronique des poumons ou des voies respiratoires avec hypo-oxygénation prolongée.

Les bases de la prescription sont les lignes directrices de la Société suisse de pneumologie (version du 28.08.2006).

La limitation est associée aux conditions suivantes:

- pose de l'indication et prescription par un pneumologue FMH.
- analyses répétées des gaz du sang au cours de dernier trimestre qui précède le dépôt de la demande, exécutées au repos dans des conditions cliniquement stables.
- examen de la fonction respiratoire par spirométrie durant le mois qui précède la demande.
- chez l'enfant de  $< 7$  ans, l'examen de la fonction respiratoire est facultatif, et les analyses des gaz du sang peuvent être remplacées par des méthodes de mesure non invasives (p. ex. détermination transcutanée de  $\text{O}_2$  et  $\text{CO}_2$ ).
- l'autorisation de remboursement est valable 12 mois au maximum.
- en cas de demande de renouvellement de la garantie de remboursement, l'indication et les conditions de traitement seront examinées comme s'il s'agissait d'une première demande.
- le manque de collaboration du patient constitue aussi un motif de refus d'octroi de l'autorisation. Si une nouvelle demande de garantie de remboursement est présentée après un tel refus, un avis positif du médecin qui pose l'indication sera remis à l'assureur en ce qui concerne la collaboration du patient.

## Pour une oxygénothérapie à oxygène liquide en supplément

- mobilité avec sortie quotidienne de plusieurs heures à l'extérieur du domicile de l'assuré.
- examen clinique; les mesures de l'oxygène effectuées sous charges standardisées (analyses des gaz sanguins ou oxymétrie transcutanée) datant du mois précédant la demande, avec et sans apport d'oxygène et l'évaluation de l'observance thérapeutique prouvent que l'apport en oxygène supplémentaire permet d'obtenir la mobilité nécessaire.
- si, en raison de changements de situation, les conditions de mobilité mentionnées ne sont plus réunies, la prise en charge des coûts n'est plus garantie même si le délai d'autorisation de 12 mois au maximum n'est pas arrivé à échéance.
- un médecin-conseil de l'assureur doit avoir autorisé la thérapie.