

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

S'applique à toutes les personnes qui ne sont pas assurées auprès de la SVK.

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

# 5

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

### A) Patient (remplir complètement s.v.pl.)

**Langue**  DE  FR  IT

Nom/Prénom \_\_\_\_\_  
Rue, N° \_\_\_\_\_  
NPA/Lieu \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Natel \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_  
Assurance-invalidité  Oui  Non  
N° ID \_\_\_\_\_  
N° d'assuré \_\_\_\_\_  
Assureur-maladie \_\_\_\_\_

**Demande**  Premier appareil/première ordonnance  
 Deuxième appareil

Changement de l'appareil:  
Appareil:  Âge > 5 ans  Défaut

### B) Diagnostic

**Code du diagnostic principal:**

**Code du diagnostic secondaire:**

10 Neuropathies	22 Dystrophie myotonique de Steinert	33 Status post résection pulmonaire étendue	62 Bronchectasies
11 Tétraplégie	23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires	34 Déformation post-traumatique	63 Mucoviscidose
12 Sclérose latérale amyotrophique	30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires	40 Hypoventilation alvéolaire primaire	70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil
13 Paralyse diaphragmatique bilatérale	31 Cyphoscoliose	41 congénitale	71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe
14 Syndrome post-poliomyélite	32 Remaniements cicatriciels de la plèvre	42 late onset	72 Respiration de Cheyne-Stokes
15 Amyotrophie spinale		50 Syndrome obésité-hypoventilation	99 non défini/autres
20 Myopathies		60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives	
21 Dystrophie musculaire de Duchenne		61 BPCO avancée stable	

### C) Données en matière de ventilation à 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** \_\_\_\_\_

Marque, modèle: \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

**Fournisseur** \_\_\_\_\_

**L'instruction et l'ajustement initiaux par la Ligue pulmonaire**  oui

**Divers**  Batterie externe  Câble d'alarme à distance  Mallette de l'appareil  Fixation  Mentonnière  
 Sangle de tête  Adaptateur O<sub>2</sub>  Support  Système de flexibles climatisé

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

### D) 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.

**Trouble respiratoire pendant le sommeil**  
1ère année: 200 minutes  
années suivantes: 120 minutes

**Insuffisance ventilatoire**  
1ère année: 420 minutes  
années suivantes: 270 minutes

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

**Médecin compétent** \_\_\_\_\_

Signature + Timbre (incl. No RCC)

**Médecin prescripteur** \_\_\_\_\_

Date de la prescription \_\_\_\_\_

Médecin de 1<sup>er</sup> recours \_\_\_\_\_

**Pneumologue des contrôles de suivi** \_\_\_\_\_

**Prescription à** \_\_\_\_\_