

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Thérapie CPAP/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

3


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

20 Troubles respiratoires du sommeil
(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuro-musculaires

s.v.pl. reporter le code

50 Maladies cardiaques

(Coeur pulmonaire, malform. card., insuffisance card.)

90 Autres maladies _____

C) Examens

Diagnostic:	Index:	sans CPAP:	avec CPAP:
<input type="checkbox"/> Oxymétrie	Nombre de désaturations/heure: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	Index d'apnées/hypopnées: _____	_____	_____

D) Prescription de l'appareil et des consommables

Prestation désirée: _____ (achat possible après 12 mois au plus tôt)

Systeme _____ Pression (min/max) _____

Consommables

<input type="checkbox"/> Masque nasal	Modèle _____	Taille _____
<input type="checkbox"/> Masque fullface	Modèle _____	Taille _____
<input type="checkbox"/> Humidificateur	Modèle _____	
<input type="checkbox"/> Autres	_____	

E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

(selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

oui non

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:
140 minutes

Années suivantes:
80 minutes

F) Dispositif pour le contrôle de l'évolution

oui non

Contrôle de la compliance après 1-3 mois, resp. dès 2^{ème} année (valable 1 année)
(préparation des données, rapport au médecin)

G) Médecin prescripteur

**Pneumologue prescripteur/
Centre de médecine du
sommeil prescripteur** _____

Début du traitement _____

Date de prescription _____

Pneumologue responsable _____

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Prescription à _____