

PRESCRIPTION PEDIATRIQUE

Surveillance de la saturation en oxygène et oxygénothérapie

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

7



A) Informations générales (remplir complètement S.V.P.)

Nom/Prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
NPA/Localité	_____	Canton	_____
Tél. fixe/portable	_____	N° d'assurance sociale	_____
Assureur	_____	Maladie/AI	_____
N° d'assuré	_____		

B) Diagnostic principal (choisir un code S.V.P.)

00 Maladie pulmonaire chronique du prématuré (p. ex. dysplasie broncho-pulmonaire, pneumopathie chronique)	50 Bronchiolite oblitérante
10 Maladie pulmonaire néonatale congénitale/acquise (p. ex. hernie diaphragmatique)	60 Maladie du thorax (p. ex. dystrophie thoracique, cyphoscoliose sévère)
20 Hypertension pulmonaire (p. ex. trisomie 21)	70 Maladie neuromusculaire
30 Pneumopathie interstitielle (p. ex. chILD)	80 Divers (p. ex. drépanocytose avec hypoxémies nocturnes, malformation d'Arnold-Chiari, maladies métaboliques & syndromiques, trachéotomie)
40 Mucoviscidose avancée & autres bronchectasies	90 Autre _____

C) Prescription de surveillance de la saturation/du pouls

Limites de surveillance	Filtre d'alarme
SpO ₂ minimal: _____ % SpO ₂ maximal: _____ %	<input type="checkbox"/> 0 = éteint <input type="checkbox"/> 15 secondes
Pouls minimal: _____ Pouls maximal: _____	<input type="checkbox"/> 20 secondes Autre: _____ secondes

D) Prescription de système thérapeutique

Concentrateur O₂ avec système mobile sans système mobile Système d'oxygène liquide

Réglages de base

Débit: _____ l/min

Remarque

Si < SpO₂ minimal, alors **augmenter** de _____ l/min jusqu'au débit maximum de _____ l/min

Si > SpO₂ maximal, alors **diminuer** de _____ l/min

E) Prescription de conseil/soins en ambulatoire ou à domicile oui non

(selon accord additionnel Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

Seuil de référence en minutes

(1) Décompte selon besoin effectif/prestation.

(2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois et se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.

(3) En cas de besoin de soins accru, remplir le formulaire de prescription 6.

Première année:
400 minutes

Année suivante:
200 minutes

F) Pneumologue prescripteur

Pneumologue prescripteur _____
Service/Clinique _____
Date de sortie _____
Date de prescription _____
Pédiatre _____
Pneumologue pédiatrique _____

Timbre et signature avec n° RCC

Envoyer prescription à _____