

Modèle de prescription n°1

Appareils aérosol et d'aspiration

Limites et conditions professionnelles

Celles-ci sont fixées de manière contraignante dans la LiMA en vigueur. **Appareil aérosols** : En cas de thérapie de longue durée prévue, l'achat de l'appareil est plus économique. Les caisses-maladie prennent en charge un appareil tous les 5 ans. **Appareil d'aspiration** : Pour les thérapies de courte durée, jusqu'à 6 mois, un appareil en location peut être prescrit.

Remise des appareils

La première remise ainsi que la première instruction sont effectuées par la Ligue pulmonaire. Veuillez nous envoyer l'ordonnance par e-mail ; nous prendrons directement contact avec les patients. La prise de rendez-vous est obligatoire.

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION
appareil aérosol & appareil d'aspiration

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

1



LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

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

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

B) Diagnostic principal s.v.pl. reporter le code

<p>00 Maladies pulmonaires obstructives</p> <p>01 bronchite chronique, emphyseme 02 asthme</p> <p>10 Maladies pulmonaires restrictives (fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)</p> <p>20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes)</p> <p>30 Maladies neuro-musculaires</p>	<p>40 Maladies vasculaires (hypertension pulmonaire)</p> <p>50 Maladies cardiaques (coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)</p> <p>60 Autres maladies (cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)</p> <p>90 Autres _____</p>
--	---

C) Prescription pour (veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

<p><input type="checkbox"/> Appareil aérosol</p> <p><input type="checkbox"/> Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde</p> <p><input type="checkbox"/> Masque silicone pour bébé</p> <p><input type="checkbox"/> Appareil d'aspiration pour voies respiratoires</p> <p>Début du traitement _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Médicament</th> <th style="width: 30%;">Dosage</th> <th style="width: 40%;">Nombre/Jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Médicament	Dosage	Nombre/Jour															
Médicament	Dosage	Nombre/Jour																	

e) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile oui non
(selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

<p>Seuil de référence en minutes</p> <p>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.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Thérapie d'inhalation 1ère année: 120 minutes</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Thérapie d'inhalation années suivantes: 60 minutes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Aspiration 1ère année: 180 minutes</td> <td style="text-align: center;">Aspiration années suivantes: 90 minutes</td> </tr> </table>	Thérapie d'inhalation 1ère année: 120 minutes	Thérapie d'inhalation années suivantes: 60 minutes	Aspiration 1ère année: 180 minutes	Aspiration années suivantes: 90 minutes
Thérapie d'inhalation 1ère année: 120 minutes	Thérapie d'inhalation années suivantes: 60 minutes				
Aspiration 1ère année: 180 minutes	Aspiration années suivantes: 90 minutes				

f) Médecin prescripteur

<p>Médecin prescripteur _____</p> <p>Date de prescription _____</p> <p>Médecin traitant _____</p> <p>Prescription à _____</p>	<p>Signature + Timbre (incl. N° RCC)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
---	--

- a** Veuillez cocher « Première prescription » ou « Renouvellement de la prescription ». L'indication LiMA / OPAS 7 est remplie par la Ligue pulmonaire.
- b** Veuillez remplir intégralement les points A) et B).
- c** **Appareil aérosols** : Veuillez cocher correctement selon l'indication. En cas de traitement d'une durée < à 90 jours, un appareil en location peut être prescrit. Merci d'indiquer le médicament inhalé, y compris le dosage. Pour celui-ci, les patients ont besoin d'une ordonnance séparée, la Ligue pulmonaire ne délivrant pas de médicaments.
- d** **Appareil d'aspiration** : Veuillez l'indiquer s'il s'agit d'une thérapie de < de 6 mois. Dans le cas contraire, l'appareil est acquis par achat. La location comme l'achat sont pris en charge par la caisse-maladie.
- e** Veuillez cocher « oui » afin que la Ligue pulmonaire puisse fournir les prestations de conseil.
- f** Veuillez remplir le formulaire et l'accompagner du numéro RCC ainsi que du timbre et de la signature. Les formulaires signés de manière incomplète sont refusés par les caisses-maladie.