

# 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



### 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./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) Prescription pour

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

#### Appareil aérosol

Estimation de la durée de la thérapie:  ≤ 90 jours  
 > 90 jours

Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde

Masque silicone pour bébé

#### Appareil d'aspiration pour voies respiratoires

Début du traitement \_\_\_\_\_

Médicament	Dosage	Nombre/Jour
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### 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.

**Thérapie d'inhalation**  
**1ère année: 120 minutes**

**Thérapie d'inhalation**  
**années suivantes: 60 minutes**

**Aspiration 1ère année:**  
**180 minutes**

**Aspiration années suivantes:**  
**90 minutes**

### E) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_

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

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Prescription à \_\_\_\_\_