

Modèle de prescription No 2

Oxygénothérapie de longue durée

Limites et conditions professionnelles

Celles-ci sont régies de manière contraignante par la LiMA en vigueur.

Pour la poursuite du traitement après 3 mois, l'indication doit être posée par des spécialistes en pédiatrie avec spécialisation en pneumologie pédiatrique (programme de formation postgraduée du 1er juillet 2004, révisé le 16 juin 2016) ou en pneumologie ou en médecine interne générale ou en pédiatrie. Diagnostic d'algie vasculaire de la face: spécialistes en neurologie.

Distribution d'appareils et d'oxygène

La première remise et la première instruction sont effectuées par la Ligue pulmonaire. Envoyez-nous l'ordonnance par e-mail, nous contacterons directement les patients. Il est impératif de prendre rendez-vous.

Directives de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

Veillez tenir compte des directives de la SSP pour l'oxygénothérapie de longue durée lorsque vous remplissez le formulaire. Celles-ci règlent les indications, la pratique de prescription ainsi que la suite de la procédure. Plus d'informations.

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION
oxygénothérapie continue de longue durée/Soins

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

Première prescription **2**
Renouvellement de la presc.
(à remplir par la Ligue)
LiMA OPAS 7

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

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

b Nom/Prénom _____ Sexe _____
Adresse _____ Date de naissance _____
NPA/Lieu _____ Canton _____
Téléphone/Natel _____ N° d'assurance sociale _____
Profession _____ Maladie/Acc./AI _____
Assureur _____ N° d'assuré _____

a Première prescription
 Renouvellement de la presc.
 LiMA OPAS 7

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

<p>00 Maladies pulmonaires obstructives 01 bronchite chronique, emphysème, BPCO</p> <p>10 Maladies pulmonaires restrictives (p. ex. fibrose, pneumoconiose, post Tbc)</p> <p>20 Troubles respiratoires du sommeil (p.ex. OSA, CSA)</p> <p>30 Maladies neuro-musculaires</p> <p>90 Autres</p>	<p>40 Maladies vasculaires (p. ex. hypertension pulmonaire)</p> <p>50 Maladies cardiaques (p. ex. cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)</p> <p>60 Autres maladies (p. ex. cancer, mucoviscidose, dysplasie bronch.)</p> <p>70 Algies vasculaires de la face</p>
---	--

C) Valeurs mesurées (sauf pour Algie vasculaire de la face et Syndrome d'apnées centrales du sommeil)

Mesures en conditions cliniques stables	Date:	SpO2 %:	PaO2 mmHg:	PaCO2 mmHg:
1. Au repos sans O ₂				
2. Au repos sous O ₂ : _____ l/min <small>À remplir si hypercapnie</small>				
3. La nuit sans O ₂		SpO2 moyenne: _____		
		Type de test: _____	SpO2 au nadir: _____	Effort fourni: _____
4. Test d'effort standardisé sans O ₂				
5. Test d'effort standardisé sous O ₂ (_____ l/min)				

D) Prescription du système de thérapie (veuillez remplir la demande de garantie en page 2)

Fixe Concentrateur Gaz comprimé Oxygène liquide Mobile Concentrateur Gaz comprimé Oxygène liquide

Débit O ₂ au repos _____ l/min.	Durée _____ heures/jour	Mobilité _____ heures/jour <small>(avec O₂ hors du domicile)</small>
Débit O ₂ la nuit _____ l/min.		
Débit O ₂ à l'effort _____ l/min.	Pour gaz comprimé: <input type="checkbox"/> Valve économiseuse <input type="checkbox"/> Détendeur	Pour concentrateur fixe: Système de remplissage pour O ₂ comprimé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Justification pour O₂ liquide: _____
Justification pour système mobile: _____

f **E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile** oui non

<p>Seuil de référence en minutes</p> <p>(1) Facturation selon besoin effectif/prestation.</p> <p>(2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.</p> <p>(3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.</p>	<p>1ère année: 300 Minuten</p>	<p>Années suivantes: 150 Minuten</p>
---	---	---

g **F) Médecin prescripteur**

<p>Médecin prescripteur _____</p> <p>Spécialité FMH _____</p> <p>Début du traitement _____</p> <p>Date de prescription _____</p> <p>Médecin de famille _____</p> <p>Médecin pneumologue _____</p> <p>Prescription à envoyer à _____</p>	<p>Signature + Timbre (incl. N° RCC)</p>
---	--

Veillez noter les valeurs d'examen de manière complète.

- a** Veuillez cocher la première ou la nouvelle ordonnance. Indication LiMA/OPAS7 prise en charge par la Ligue pulmonaire.
- b** Veuillez compléter les points a) et b).
- c** Veuillez noter les valeurs d'examen de manière complète.
- d** Veuillez indiquer quel système de thérapie sera utilisé ainsi que la durée et le dosage de l'oxygène.
- e** Pour les appareils transportables: veuillez indiquer la durée prévue par jour sous mobilité
- f** Veuillez cocher «oui» pour que la Ligue pulmonaire puisse facturer les prestations de conseil.
- g** Prière de remplir et d'apposer le numéro RCC ainsi que le cachet/la signature. Les formulaires signés de manière incomplète seront refusés par les caisses de maladie.

Les formulaires de prescription sont également disponibles en ligne sur www.lungenliga.ch. Ou simplement Scanner le code QR, le télécharger et le remplir.

