

Modèle de prescription No 3 Thérapie CPAP

Limites et conditions professionnelles

Celles-ci sont régies de manière contraignante par la LiMA en vigueur. Prescriptions possibles uniquement pour les médecins spécialistes en pneumologie ou les médecins spécialistes en pédiatrie avec spécialisation en pneumologie pédiatrique.

L'indication est posée selon les *recommandations SSSSC sur le diagnostic et le traitement de l'apnée du sommeil, version du 17.06.2020.*

Remise d'appareils

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.

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION
Thérapie CPAP/Soin

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

Première prescription
 Renouvellement de la presc.
(A 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 s.v.pl. reporter le code

20 Troubles respiratoires du sommeil <small>(OSA, CSA, maladies mixtes)</small>	50 Maladies cardiaques <small>(Coeur pulmonaire, malform. card., insuffisance card.)</small>
30 Maladies neuro-musculaires	90 Autres maladies _____

C) Exams

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)

Système _____ 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 oui non
(selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)


Seuil de référence en minutes

1) Facturation selon besoin effectif/prestation.	1ère année: 140 minutes	Années suivantes: 80 minutes
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.		

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) Pneumologue prescripteur

Pneumologue prescripteur/ Centre de médecine du sommeil prescripteur	Signature + Timbre (incl. N° RCC)
Début du traitement _____	<div style="text-align: center;">  </div>
Date de prescription _____	
Pneumologue responsable _____	

Sélection d'un fichier image

- 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), b), c) et d).
- c** Veuillez cocher oui pour que la Ligue pulmonaire puisse fournir les prestations de conseil.
- d** Veuillez cocher «oui» afin que la Ligue pulmonaire puisse effectuer le suivi du succès thérapeutique.
- f** 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 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.

