

# Modèle de prescription No 5

## Ventilation mécanique à domicile non invasive et invasive

### Remarque générale

Ce formulaire ne doit être utilisé que pour les assurances non-SVK.

### Limites et conditions professionnelles

Celles-ci sont régies de manière contraignante par la LiMA en vigueur. Prescription uniquement par des spécialistes en pneumologie ou des

spécialistes en pédiatrie avec spécialisation en pneumologie pédiatrique.


(programme de formation postgraduée du 1er juillet 2004, révisé le 16 juin 2016) ainsi que les centres pour paraplégiques.

**FORMULAIRE DE PRESCRIPTION**  
Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

S'applique à toutes les personnes qui ne sont pas assurées auprès de la SVK.

Première prescription   
Renouvellement de la presc.  **5**  
(À remplir par la Ligue)

LiMA  OPAS 7



LUNGENLIGA  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE

**a**  **A) Patient** (remplir complètement s.v.pl.)

<p><b>Nom/Prénom</b> _____</p> <p><b>Rue, N°</b> _____</p> <p><b>NPA/Lieu</b> _____</p> <p><b>Téléphone</b> _____</p> <p><b>Natel</b> _____</p> <p><b>Demande</b> <input type="checkbox"/> Premier appareil/première ordonnance <input type="checkbox"/> Deuxième appareil</p>	<p><b>Langue</b> <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> IT</p> <p><b>Date de naissance</b> _____</p> <p><b>Assurance-invalidité</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>N° ID</b> _____</p> <p><b>N° d'assuré</b> _____</p> <p><b>Assureur-maladie</b> _____</p> <p>Changement de l'appareil: Appareil: <input type="checkbox"/> Âge &gt; 5 ans <input type="checkbox"/> Défaut</p>
--	---

**b**  **B) Diagnostic**

<p><b>Code du diagnostic principal:</b></p> <p>10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale 20 Myopathies 21 Dystrophie musculaire de Duchenne</p>	<p><b>Code du diagnostic secondaire:</b></p> <p>22 Dystrophie myotonique de Steinert 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre</p>
--	--

**c**  **C) Données en matière de ventilation à domicile**  non invasive  invasive

**Durée de la respiration**  de nuit, nombre d'heures prescrites \_\_\_\_\_  24h sans interruption  
 de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures \_\_\_\_\_  début du traitement \_\_\_\_\_

**Appareil:** marque, modèle \_\_\_\_\_ N° de série \_\_\_\_\_

**Position LiMA** \_\_\_\_\_

**Début du traitement** (sortie de l'hôpital) \_\_\_\_\_

**Humidificateur/accessoires**  intégré  séparé **Masque** \_\_\_\_\_

Marque, modèle: \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

**Fournisseur** \_\_\_\_\_

L'instruction et l'ajustement initiaux par la Ligue pulmonaire  oui

**Divers**  Batterie externe  Câble d'alarme à distance  Mallette de l'appareil  Fixation  Mentonnière  
 Sangle de tête  Adaptateur O<sub>2</sub>  Support  Système de flexibles climatisé

Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge (optionnel)  oui (voir page 2)

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

<p><b>Seuil de référence en minutes</b></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>	<p><b>Trouble respiratoire pendant le sommeil</b></p> <p>1ère année: 200 minutes années suivantes: 120 minutes</p>	<p><b>Insuffisance ventilatoire</b></p> <p>1ère année: 420 minutes années suivantes: 270 minutes</p>
---	--	--

**e**  **E) Prescription/Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur)**

**Médecin compétent** \_\_\_\_\_ Signature + Timbre (incl. No RCC)

**Médecin prescripteur** \_\_\_\_\_

**Date de la prescription** \_\_\_\_\_

**Médecin de 1<sup>er</sup> recours** \_\_\_\_\_

**Pneumologue des contrôles de suivi** \_\_\_\_\_

**Prescription à** \_\_\_\_\_

- a** Veuillez cocher la première ou la nouvelle ordonnance. Indication LiMA/OPAS7 prise en charge par la Ligue pulmonaire.
- b** Veuillez compléter le point a).
- c** Veuillez indiquer le diagnostic conformément à la liste de codes.
- d** Veuillez compléter les informations concernant la ventilation à domicile.
- e** Veuillez remplir la page 2 si des informations supplémentaires concernant l'indication ou la prise en charge sont nécessaires.
- f** Veuillez cocher «oui» pour que la Ligue pulmonaire puisse fournir les prestations de conseil.
- g** Prière de remplir et d'indiquer le numéro RCC ainsi que le cachet/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](http://www.lungenliga.ch). Ou simplement Scanner le code QR, le télécharger et le remplir.



LUNGENLIGA SCHWEIZ  
LIGUE PULMONAIRE SUISSE  
LEGA POLMONARE SVIZZERA  
LIA PULMONARA SVIZRA

