



CSS

Assurance

Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

1 Données personnelles

| | | |
|----------------------|----------------------|--|
| Prénom | Nom | Date de naissance |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rue, n° | NPA/Localité | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Téléphone | Portable | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Assureur-maladie | N° d'assuré | Assurance-invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

2 Demande

Premier appareil/première ordonnance Deuxième appareil Télésurveillance Changement de l'appareil Appareil: âge > 5 ans Défectueux

3 Diagnostic

Codage pour les indications de ventilation à domicile

| | |
|---|--|
| 10 Neuropathies | 40 Hypoventilation alvéolaire primaire |
| <input type="checkbox"/> 11 Tétraplégie | <input type="checkbox"/> 41 Congénitale |
| <input type="checkbox"/> 12 Sclérose latérale amyotrophique | <input type="checkbox"/> 42 Révélation tardive |
| <input type="checkbox"/> 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale | <input type="checkbox"/> 50 Syndrome d'obésité-hypoventilation |
| <input type="checkbox"/> 14 Syndrome post-poliomyélite | 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives |
| <input type="checkbox"/> 15 Amyotrophie spinale | <input type="checkbox"/> 61 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) |
| 20 Myopathies | <input type="checkbox"/> 62 Bronchectasies |
| <input type="checkbox"/> 21 Dystrophie musculaire de Duchenne | <input type="checkbox"/> 63 Fibrose kystique |
| <input type="checkbox"/> 22 Dystrophie myotonique de Steinert | 70 Syndrome des apnées centrales du sommeil |
| <input type="checkbox"/> 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires | <input type="checkbox"/> 71 Syndrome complexe des apnées du sommeil |
| 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires | <input type="checkbox"/> 72 Respiration de Cheyne-Stokes |
| <input type="checkbox"/> 31 Cyphoscoliose | 99 Non défini / autres |
| <input type="checkbox"/> 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 33 Status post résection pulmonaire étendue | |
| <input type="checkbox"/> 34 Déformation post-traumatique | |

4 Données en matière de ventilation à domicile

Non invasive Invasive

Durée de la ventilation De nuit, nombre d'heures prescrites 24h sans interruption

De nuit et partiellement de jour, nombre d'heures Début du traitement

Le patient vit à la maison, sans soutien en matière de soins ... à la maison, avec soutien en matière de soins

... dans un établissement de soins

5 Diagnostic et réussite du traitement

| | | |
|----------------------|----------------------|------------------------------------|
| Poids en kg | Taille en cm | IMC |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CV (%prédit) | VEMS (%prédit) | Syndrome d'apnées du sommeil (SAS) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

6 Appareil

Si du matériel à usage unique supplémentaire dépassant le montant maximal annuel prévu dans la LiMA s'avère nécessaire, il faut transmettre un rapport/argumentaire détaillé au médecin-conseil.

| | |
|----------------------|----------------------|
| Marque, modèle | Début du traitement |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- Appareil de respiration à deux niveaux de pression, avec régulateur respiratoire (14.12.01.00.1 ou 14.12.01.00.2)
- Appareil de respiration à deux niveaux de pression, avec régulateur respiratoire et de durée (14.12.02.00.1 ou 14.12.02.00.2)
- Appareil de respiration avec régulateur de durée et de volume (14.12.03.00.1 ou 14.12.03.00.2)
- Location Achat

Humidificateur/ accessoires

- Intégré Séparé

Accessoires spéciaux

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Batterie externe | <input type="checkbox"/> Câble pour alarme à distance | <input type="checkbox"/> Mallette |
| <input type="checkbox"/> Support | <input type="checkbox"/> Mentonnière | <input type="checkbox"/> Système de tuyaux climatisé |
| <input type="checkbox"/> Cagoule | <input type="checkbox"/> Adaptateur O2 | <input type="checkbox"/> Pied |
| <input type="checkbox"/> Autres | <input type="text"/> | |

Fournisseur

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dräger Medical | <input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH | <input type="checkbox"/> Imtmedical SA |
| <input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Suisse SA | <input type="checkbox"/> Ligue pulmonaire suisse | <input type="checkbox"/> Megamed SA |
| <input type="checkbox"/> PanGas SA | <input type="checkbox"/> Philips SA, Respirationics | <input type="checkbox"/> ResMed Suisse SA |
| <input type="checkbox"/> Sleep & Health SA | <input type="checkbox"/> Autres | <input type="text"/> |

7 Suivi

Prescription pour assistance et suivi à domicile Oui Non

Suivi à domicile par

Médecin responsable

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Médecin prescripteur / centre | N° RCC |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Lieu | Date | Timbre et signature du médecin |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|--|
| Médecin traitant | Pneumologue responsable des contrôles de suivi |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

A envoyer à:

CSS Assurance, Service du médecin-conseil, Case postale 144, 1000 Lausanne 10, Adresse HIN: avd.f@css.ch

Entités juridiques pour l'assurance de base selon la LAMal: CSS Assurance-maladie SA, INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA, Sanagate SA

Entités juridiques pour l'assurance selon la LCA: CSS Assurance SA, INTRAS Assurance SA

Entité juridique pour l'assurance-accidents selon la LAA: CSS Assurance SA