



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

| | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Nom / Prénom: _____ | Date de naissance: _____ |
| Adresse: _____ | Sexe: _____ |
| NPA / Lieu: _____ | Assureur: _____ |
| Téléphone: _____ | N° d'assurance sociale: _____ |
| Email: _____ | Maladie/Acc./AI: _____ |
| Profession: _____ | N° d'assuré-e: _____ |

B) Diagnostic principal :

| | |
|---|---|
| 00 Maladies pulmonaires obstructives 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme | 40 Maladies vasculaires (hypertension pulmonaire) |
| 10 Maladies pulmonaires restrictives (fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc) | 50 Maladies cardiaques (coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.) |
| 20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes) | 60 Autres maladies (cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.) |
| 30 Maladies neuro-musculaires | 70 Algies vasculaires de la face |
| 90 Autres: _____ | |

C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

| | | | | |
|--|--|---|------------------------------|---|
| Concentrateur fixe | Concent. mobile | Oxygène liquide | Gaz comprimé fixe | Gaz mobile |
| (max. pour 3 mois, si thérapie prévue au-delà de 3 mois, veuillez svp utiliser le formulaire de prescription n°2): | | | | |
| Débit O ₂ L/min: _____ au repos: Position: _____ | Débit O ₂ L/min: _____ à l'effort: Position: _____ | Débit O ₂ la nuit: L/min : _____ | Durée (heures / jour): _____ | Mobilité _____ heures/jours (avec O ₂ hors du domicile) |
| Remarque: _____ | | | | |

D) Prescription de conseil et soins ambulatoire ou à domicile

| | oui | non |
|--|--------------------|--------------------------|
| Seuil de référence en minutes | <u>1ère année:</u> | <u>Années suivantes:</u> |
| 1) Facturation selon besoin effectif / prestation. | 300 minutes | 150 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. | | |

E) Médecins

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Médecin prescripteur-riche: _____ | Signature + Timbre: _____ |
| Spécialité FMH: _____ | (incl. N° RCC) |
| Adresse: _____ | |
| Téléphone: _____ | |
| Début du traitement: _____ | |
| Date de prescription: _____ | |
| Médecin de famille: _____ | |
| Pneumologue responsable: _____ | |