

# 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.

(À remplir par la Ligue)

LiMA ■ OPAS 7 ■

5

LUNGENLIGA  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE



## A) Patient (remplir complètement s.v.pl.) Langue DE FR IT

Nom/Prénom \_\_\_\_\_  
 Rue, N° \_\_\_\_\_  
 NPA/Lieu \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_  
 Natel \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Assurance-invalidité  Oui  Non  
 N° ID \_\_\_\_\_  
 N° d'assuré \_\_\_\_\_  
 Assureur-maladie \_\_\_\_\_

Demande  Premier appareil/première ordonnance  
 Deuxième appareil

Changement de l'appareil:  
 Appareil:  Âge > 5 ans  Défaut

## B) Diagnostic Code du diagnostic principal: Code du diagnostic secondaire:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p><b>10 Neuropathies</b><br/>                 11 Tétraplégie<br/>                 12 Sclérose latérale amyotrophique<br/>                 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale<br/>                 14 Syndrome post-poliomyélite<br/>                 15 Amyotrophie spinale<br/> <b>20 Myopathies</b><br/>                 21 Dystrophie musculaire de Duchenne</p> | <p>22 Dystrophie myotonique de Steinert<br/>                 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires<br/> <b>30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires</b><br/>                 31 Cyphoscoliose<br/>                 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre</p> | <p>33 Status post résection pulmonaire étendue<br/>                 34 Déformation post-traumatique<br/> <b>40 Hypoventilation alvéolaire primaire</b><br/>                 41 congénitale<br/>                 42 late onset<br/> <b>50 Syndrome obésité-hypoventilation</b><br/> <b>60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives</b><br/>                 61 BPCO avancée stable</p> | <p>62 Bronchectasies<br/>                 63 Mucoviscidose<br/> <b>70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil</b><br/>                 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe<br/>                 72 Respiration de Cheyne-Stokes<br/> <b>99 non défini/autres</b></p> |
|--|--|---|---|

## 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 \_\_\_\_\_

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

(selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

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

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

Médecin compétent \_\_\_\_\_  
 Médecin prescripteur \_\_\_\_\_  
 Date de la prescription \_\_\_\_\_  
 Médecin de 1<sup>er</sup> recours \_\_\_\_\_  
 Pneumologue des contrôles de suivi \_\_\_\_\_

Signature + Timbre (incl. No RCC)

Prescription à \_\_\_\_\_