

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

appareil aérosol & appareil d'aspiration

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

Première prescription
Renouvellement de la presc.
(À remplir par la Ligue)
LiMA OPAS 7

1


LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

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

Nom/Prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
NPA/Lieu	_____	E-Mail	_____
Téléphone/Natel	_____	N° d'assurance sociale	_____
Profession	_____	Maladie/Acc./AI	_____
Assureur	_____	N° d'assuré	_____

B) Diagnostic principal

00 Maladies pulmonaires obstructives

01 bronchite chronique, emphysème
02 asthme

10 Maladies pulmonaires restrictives

(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuro-musculaires

s.v.pl. reporter le code

40 Maladies vasculaires

(hypertension pulmonaire)

50 Maladies cardiaques

(coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

90 Autres _____

C) Prescription pour

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

- Appareil aérosol
- Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde
 - Masque silicone pour bébé

- Appareil d'aspiration pour voies respiratoires

Début du traitement _____

Médicament	Dosage	Nombre/Jour

D) 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.
- 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.

Thérapie d'inhalation
1ère année: 120 minutes

Thérapie d'inhalation
années suivantes: 60 minutes

Aspiration 1ère année:
180 minutes

Aspiration années suivantes:
90 minutes

E) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur _____

Date de prescription _____

Médecin traitant _____

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Prescription à _____