Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP) 4

**FORMULAIRE DE PRESCRIPTION**

oxygénothérapie de courte durée/Soin

Première prescription Renouvellement de la presc.

(À remplir par la Ligue)

LiMA OPAS 7

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom/Prénom** |  | **Sexe** |
| **Adresse** |  | **Date de naissance** |
| **NPA/Lieu** |  | **Canton** |
| **Téléphone/Natel** |  | **N° d’assurance sociale** |
| **Profession** |  | **Maladie/Accident./Al** |
| **Assureur** |  | **N° d’assuré** |
| **B) Diagnostic principal s.v.pl. reporter le code** | | |

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

1. **Prescription pour oxygénothérapie de courte durée**

**Fixe** ☐ Concentrateur ☐ Gaz comprimé **Mobile** ☐ Concentrateur ☐ Gaz comprimé

(max. pour 3 mois, si thérapie prévue au-delà de 3 mois, veuillez svp utiliser le formulaire de prescription no 2):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Débit O2 au repos Débit O2 la nuit | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | l/min. l/min. | Durée | heures/jour | Mobilité  (avec O2 hors du domicile) | heures/jour |
| Débit O2 à | l’effort | l/min. | | Pour gaz comprimé : | * Valve économiseuse * Détendeur | Pour concentrateur fixe Système de remplissag pour O2 comprimé | :  e   * oui ☐ non |

# Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile ☐ oui ☐ non

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.

* 1. En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.

**1ère année :**

300 minutes

## Années suivantes :

150 minutes

# E) Médecins

## Médecin prescripteur

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Date de début du traitement Date de prescription Médecin de famille

## Prescription à envoyer à

# Récapitulation des limitations de la liste des moyens et appareils (LiMA), teneur du 01.04.2022 concernant la prescription de gaz comprimé, concentrateur d‘oxygène.

**En cas de doutes, veuillez vous référer au texte original.**

Pour les bouteilles d‘oxygène comprimé (toutes tailles) :

* Au maximum 5 remplissages par mois sont remboursés.
* Pour une durée de traitement supérieure à 6 mois, une garantie préalable de l‘assureur est nécessaire. Il figure dans la LiMA que "Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé est obsolète et ne répond absolument pas aux principes d'économicité". Sauf situation exceptionnelle à justifier, les systèmes avec concentrateur d’O2 ou Oxygène liquide sont donc à préférer.

Pour concentrateur d‘oxygène, fixe et portable :

* Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois, une garantie de prise en charge de l‘assureur est nécessaire sur justification mé- dicale.
* En cas de thérapie avec un concentrateur de location à haut débit d'oxygène (>6L/min), une garantie de prise en charge préalable de l'assureur est nécessaire sur justification médicale.
* En cas de thérapie avec un concentrateur à l’achat, une garantie de prise en charge préalable de l'assureur est nécessaire sur justifi- cation médicale, y compris un devis comprenant la fréquence de renouvellement du tamis moléculaire et, le cas échéant, des batte- ries. Comme l’établissement de ce devis nécessite de connaitre le débit d’oxygène et les heures de mobilité hors domicile, ces infor- mations sont indispensables.

## En cas de traitement dépassant 3 mois, nous vous prions d’utiliser le formulaire de prescription no 2, qui contient une demande de garantie de prise en charge par l’assurance maladie.