

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 _____
E-Mail _____

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:

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

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 _____

L'instruction et l'ajustement initiaux par la Ligue pulmonaire oui

Divers Batterie externe Câble d'alarme à distance Mallette de l'appareil Fixation Mentonnière
 Sangle de tête Adaptateur O₂ 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)

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.

Trouble respiratoire pendant le sommeil
1ère année: 200 minutes
années suivantes: 120 minutes

Insuffisance ventilatoire
1ère année: 420 minutes
années suivantes: 270 minutes

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

Médecin compétent _____

Signature + Timbre (incl. No RCC)

Médecin prescripteur _____

Date de la prescription _____

Médecin de 1^{er} recours _____

Pneumologue des contrôles de suivi _____

Prescription à _____

Empty box for additional information.

* Ces informations supplémentaires peuvent appuyer la demande de prise en charge des coûts au médecin traitant et aider l'équipe de prise en charge à apporter un soutien correct au patient.