

# PRESCRIPTION PEDIATRIQUE

## Surveillance (y c. de l'oxygénothérapie)

### Thérapie à haut débit

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

# 7

  
**LUNGENLIGA**  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE

#### A) Informations générales (remplir complètement S.V.P.)

Nom/Prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
NPA/Localité	_____	E-Mail	_____
Tél. fixe/portable	_____	N° d'assurance sociale	_____
Assureur	_____	Maladie/AI	_____
N° d'assuré	_____		

#### B) Diagnostic principal

#### C) Surveillance

Moniteur de fréquence cardiaque/Oxymètre  ECG

<b>Limites de surveillance</b>	<b>Filtre d'alarme pour saturation en O<sub>2</sub></b>
SpO <sub>2</sub> minimale: _____ % SpO <sub>2</sub> maximale: _____ %	<input type="checkbox"/> 0 = éteint <input type="checkbox"/> 15 secondes
Pouls minimal: _____ Pouls maximal: _____	<input type="checkbox"/> 20 secondes Autre: _____ secondes

#### D) Système d'oxygénothérapie

Concentrateur O<sub>2</sub>  avec système mobile  sans système mobile  Système d'oxygène liquide

##### Réglages de base

Débit: \_\_\_\_\_ l/min

##### Remarque

Si < SpO<sub>2</sub> minimale, alors **augmenter** de \_\_\_\_\_ l/min jusqu'au débit maximum de \_\_\_\_\_ l/min

Si > SpO<sub>2</sub> maximale, alors **diminuer** de \_\_\_\_\_ l/min

#### E) Thérapie à haut débit

Appareil: \_\_\_\_\_

Débit: \_\_\_\_\_ l/min: \_\_\_\_\_ Valeur SpO<sub>2</sub> avec O<sub>2</sub> supplémentaire: \_\_\_\_\_

Mode junior (Temp 34C)  Mode adulte Température:  31C  34C  37C

Lunettes à oxygène: \_\_\_\_\_  L  XL

#### F) Trachéotomie

Insufflateur complet avec masque Taille de masque: \_\_\_\_\_ Taille Ambu: \_\_\_\_\_  Raccord pour personnes ayant subi une trachéotomie

#### G) Prescription de conseil/soins en ambulatoire ou à domicile oui non

(selon accord additionnel Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

Seuil de référence en minutes

(1) Décompte selon besoin effectif/prestation.

(2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois et se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.

(3) En cas de besoin de soins accru, remplir le formulaire de prescription 6.

**Première année:**  
400 minutes

**Année suivante:**  
200 minutes

#### H) Pneumologue prescripteur

Pneumologue pédiatre \_\_\_\_\_

Service/Clinique \_\_\_\_\_

Date de sortie \_\_\_\_\_

Date de prescription \_\_\_\_\_

Pédiatre \_\_\_\_\_

Envoyer prescription à \_\_\_\_\_

Timbre et signature avec n° RCC