

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

Limites de surveillance	Filtre d'alarme pour saturation en O₂
SpO ₂ minimale: _____ % SpO ₂ 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 O₂ avec système mobile sans système mobile Système d'oxygène liquide

Réglages de base

Débit: _____ l/min

Remarque

Si < SpO₂ minimale, alors **augmenter** de _____ l/min jusqu'au débit maximum de _____ l/min

Si > SpO₂ maximale, alors **diminuer** de _____ l/min

E) Thérapie à haut débit

Appareil: _____

Débit: _____ l/min: _____ Valeur SpO₂ avec O₂ 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