

1 Formulaire de prescription

Appareil aérosol & appareil d'aspiration

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LIMA OPAS 7



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

Nom/Prénom	_____	Remboursement des coûts	AI	CM
Adresse	_____	Caisse maladie	_____	_____
NPA/Lieu	_____	Numéro de carte	_____	_____
Téléphone/Mobile	_____	Numéro AVS	_____	_____
E-Mail	_____	Tracheostoma	Oui	Non
Date de naissance	_____	Sexe	_____	_____

B) Diagnostic principal

s.v.pl. reporter le code:

00 Maladies pulmonaires obstructives

- 01 bronchite chronique, emphyseme
- 02 asthme

10 Maladies pulmonaires restrictives

(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuro-musculaires

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

Estimation de la durée de la thérapie: ≤ 90 jours
> 90 jours

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

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

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

Date de prescription _____
Médecin prescripteur _____
E-Mail _____