

2 Formulaire de prescription

Oxygénothérapie continue de longue durée / Soins

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LiMA OPAS 7
Commande standard (48 h)
Commande Express (4 h)



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, emphysème
- 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

(cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

90 Autres

C) Examens obligatoires

Oui Non Symptôme de cœur pulmonaire chronique

Fonctions pulmonaires	(% valeur théorique)	CV: _____ %	FEV1: _____ %
Labo	en mm HG en kPa	Hémoglobine: _____ g%	Hématocrite: _____ %

Gaz sanguins (sous conditions cliniques stables):	Date	PaO ₂	PaCO ₂	SaO ₂ %
1 au repos (sans O ₂)	_____	_____	_____	_____
2 au repos (nach > 30 Minuten O ₂)	_____	_____	_____	_____
3 test d'effort standardisé (sans O ₂)	_____	_____	_____	_____
4 test d'effort standardisé (avec O ₂)	_____	_____	_____	_____

(3) et (4) obligatoire en cas de prescription d'oxygène liquide

D) Prescription pour thérapie avec

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

Durée: _____ heures/jour	_____ au repos	_____ l/min	
Mobilité: _____ heures/jour	_____ à l'effort	_____ l/min	
14.10.20.00.2	Concentrateur d'oxygène (COX)	14.10.25.00.2	Système de remplissage pour bouteilles de gaz
14.10.11.00.2	Concentrateur d'oxygène portable (POC)		

E) 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.

1ère année: 400 minutes	Années suivantes: 200 minutes
-------------------------	-------------------------------

F) Médecin prescripteur

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

Date de prescription	_____
Médecin prescripteur	_____
E-Mail	_____