

3 Formulaire de prescription

Thérapie CPAP

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LIMA OPAS 7



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

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

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 Date: _____

Diagnostic	Index	sans CPAP	avec CPAP
Oxymétrie	Nombre de désaturations/heure:	_____	_____
Polygraphie/PSG	Index d'apnées/hypopnées:	_____	_____
Capnographie	Mesure PCO2	_____	_____

D) Prescription de l'appareil et des consommables

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

- | | | | |
|---------------|--|----|-------|
| 14.11.02.00.2 | Appareil CPAP avec système d'humidification | SN | _____ |
| 14.11.03.00.2 | Appareil de servo-ventilation avec système d'humidification | SN | _____ |
| 14.11.04.00.2 | Appareil bi-level PAP en mode spontané avec système d'humidification | | _____ |

Accessoires: Masque nasal Masque fullface Type _____ T _____
Le patient a besoin de plus de consommables que ce qui est remboursé, car: _____

Paramètres:	_____
Remarques:	_____

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.

Suivi du succès, y compris l'installation initiale, par an: 210 minutes

F) Médecin prescripteur

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

Date de prescription	_____
Médecin prescripteur	_____
E-Mail	_____