

5 Formulaire de prescription

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

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	_____		_____

Demande

Premier appareil/première ordonnance _____ Changement de l'appareil: _____
Deuxième appareil _____ Appareil: Âge > 5 ans _____ Défaut _____

B) Diagnostic

Code du diagnostic principal:

Code du diagnostic secondaire:

10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale 20 Myopathies 21 Dystrophie musculaire de Duchenne	22 Dystrophie myotonique de Steinert 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue	34 Déformation post-traumatique 40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable	62 Bronchectasies 63 Mucoviscidose 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72 Respiration de Cheyne-Stokes 99 non défini/ autres
---	--	---	---

C) Données en matière de ventilation à domicile

non invasive

invasive

Durée de la respiration	de nuit, nombre d'heures prescrites _____	24h sans interruption
	de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures _____	début du traitement _____
Appareil: marque, modèle _____		N° de série _____
Position LiMA _____		
Début du traitement (sortie de l'hôpital) _____		
Humidificateur / accessoires	intégré _____	séparé _____
Marque, modèle: _____		Masque _____
Fournisseur _____		Taille _____
Divers	Batterie externe	Câble d'alarme à distance
	Sangle de tête	Adaptateur O ₂
		Mallette de l'appareil
		Support
		Fixation
		Mentonnière
		Système de flexibles climatisé

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.

Trouble respiratoire pendant le sommeil 1ère année: 200 minutes années suivantes: 120 minutes	Insuffisance ventilatoire 1ère année: 1ère année: 420 minutes années suivantes: 270 minutes
--	--

E) Médecin prescripteur

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

Date de prescription	_____
Médecin prescripteur	_____
E-Mail	_____