

7 Formulaire de prescription

Appareil Highflow, Cough-Assist

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LIMA OPAS 7



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

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

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) Prescription pour

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

14.03.15.00.2L	Insufflateur/exsufflateur mécanique	Débit d'inhalation (litres / min.):	_____
Dispositif à haut débit	L'appareil MyAirvo Highflow	Temps d'inhalation	_____
Appareil:	_____	Pression expiratoire	_____
Mode	_____	Temps d'expiration	_____
Pression d'inhalation	_____	Temps de pause	_____
		Avec une valeur cible d'O2	_____
		supplémentaire FiO2:	_____

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.

Insuffisance ventilatoire
1ère année: 420 minutes

Insuffisance ventilatoire
années suivantes: 270 minutes

E) Médecin prescripteur

_____	Signature & Timbre (incl. No RCC)	(Sélectionner le fichier image)
Date de prescription	_____	
Médecin prescripteur	_____	
E-Mail	_____	