

2 Formulaire de prescription

Oxygénothérapie continue de longue durée, High-Flow et Soins

- Première prescription
 Renouvellement de la presc.
 LiMA OPAS7



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

Nom/Prénom _____
Sexe _____ Langue _____
Date de Naissance _____
Téléphone _____
Portable _____
E-mail _____
Tracheostoma Oui Non

Prise en charge: Maladie Accident AI
Caisse maladie _____
N° AVS _____
N° de carte d'assuré _____
Adresse _____
NPA / Lieu _____

B) Diagnostic principal

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

s.v.pl. reporter le code:

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) Examens obligatoires

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 test d'effort standardisé (sans O ₂)				
3 test d'effort standardisé (avec O ₂)				

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

D) Système d'oxygénothérapie

14.10.20.00.2 - Concentrateur d'oxygène fixe, location 1-5l/min
 14.10.22.00.2 - Concentrateur d'oxygène portable, location Pulsé Pos. 1-6 et/ou en continu 0,5-3l/min
Durée: _____ heures/jour _____ au repos _____ l/min
Mobilité: _____ heures/jour _____ à l'effort _____ l/min
 Lunettes à oxygène _____ l/min Autres _____
Commentaires _____

E) Thérapie High-Flow

Appareil High-Flow _____ l/min Autres _____

F) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui Non

Suivi des résultats, y compris l'instruction

Seuil de référence en minutes

- Facturation en fonction des besoins / prestations effectifs
- La prescription médicale est délivrée pour 12 mois et est automatiquement renouvelée pour 12 mois supplémentaires.
- En cas de besoin accru de soins, le formulaire de prescription 6 doit être rempli.

Temps maximum consacré (tarif 7a)

300 min / première année
150 min / années suivantes

- 10901 Évaluation initiale
10902 Réévaluation
10904 Planification des soins
10906 Détermination des besoins en soins
10907 Consultation médicale
10909 Instructions de soins/ conseils

1-2 / par an
1-2 / par an
1-4 / par an
1-4 / par an
1-4 / par an

G) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur _____
Hôpital / cabinet / centre _____
Date de prescription _____
E-mail _____

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)