

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

Nom/Prénom _____	Prise en charge: <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI
Sexe _____ Langue _____	Caisse maladie _____
Date de Naissance _____	N° AVS _____
Téléphone _____	N° de carte d'assuré _____
Portable _____	Adresse _____
E-mail _____	NPA / Lieu _____
Poids _____	Trachéostome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

B) Diagnostic principal

s.v.pl. reporter le code:

P00 Maladie pulmonaire chronique du prématuré

(p. ex. dysplasie broncho-pulmonaire, pneumopathie chronique)

P10 Maladie pulmonaire néonatale congénitale/acquise

(p. ex. hernie diaphragmatique)

P20 Hypertension pulmonaire

(p. ex. trisomie 21)

P30 Pneumopathie interstitielle

(p. ex. chILD)

P40 Mucoviscidose avancée & autres bronchectasies

P50 Bronchiolite oblitérante

P60 Maladie du thorax

(p. ex. dystrophie thoracique, cyphoscoliose sévère)

P70 Maladie neuromusculaire

P80 Divers

(p. ex. drépanocytose avec hypoxémies nocturnes, malformation d'Arnold-Chiari, maladies métaboliques & syndromiques, trachéotomie)

P90 Autre _____

C) Système d'oxygénothérapie

- 14.10.20.00.2 - Concentrateur d'oxygène, location
 14.10.22.00.2 - Concentrateur d'oxygène portable, location Pulsé Pos. 1-6 et/ou _____ en continu 0,5-3l/min
 14.10.26.00.2 - Système de remplissage pour concentrateur d'oxygène, location

D) Thérapie à haut débit

- High-Flow (appareil à débit élevé) FIO2 cible _____ % Flux O2 _____ l/min
 Autres _____ Flux air _____ l/min

E) Monitoring

- 21.01.05.00.1 - Moniteur de surveillance O2 et cardiaque, achat SpO2 minimal _____ % Pouls minimal _____
 21.01.05.00.2 - Moniteur de surveillance O2 et cardiaque, location SpO2 maximal _____ % Pouls maximal _____

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)

400 min / première année
200 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 _____
 Date de prescription _____
 E-mail _____

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)