

# 3 Formulaire de prescription

Thérapie APAP/CPAP

- Première prescription  
 Renouvellement de la presc.  
 LiMA  OPAS7



## A) Indication générales (remplir complètement sv.pl.)

Nom/Prénom \_\_\_\_\_  
Sexe \_\_\_\_\_ Langue \_\_\_\_\_  
Date de Naissance \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Portable \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
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

### 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 \_\_\_\_\_

s.v.pl. reporter le code:

## C) Examen

Diagnostic	Index	Sans CPAP	Avec CPAP
<input type="checkbox"/> Oxymetrie <input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	Nombre de désaturations/heure	_____	_____
Date d'examen	Index d'apnées/hypopnées	_____	_____

## D) Prescription de l'appareil et des consommables

- 14.11.02.00.2 - Appareil CPAP avec système d'humidification, location Date de début thérapie \_\_\_\_\_  
 14.11.02.00.1 - Appareil CPAP, avec système d'humidification, achat (seulement possible après 12 mois) Date contrôle annuel \_\_\_\_\_

Remarques \_\_\_\_\_

## Réglages

Pression \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cmH2O Rampe (min) \_\_\_\_\_  
Pression de départ \_\_\_\_\_ cmH2O Niveau EPR \_\_\_\_\_

## Consommables

- Humidificateur  Masque Nasal \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_  
 Circuit chauffant  Masque Facial \_\_\_\_\_

Remarques \_\_\_\_\_

## E) 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)

140 min / première année  
80 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

## F) Médecin prescripteur

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

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)