Réinitialiser le formulaire

5 Formulaire de prescription

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

☐ Première prescription
☐ Renouvellement de la presc.
☑ LiMA ☑ OPAS 7

VitalAire Home Healthcare

A) Indication générales (remplir complètement s.v.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

s.v.pl. reporter le code: **Code principal** __ __ **Code secondaire** __ __

10 Neuropathies
11 Tétraplégie
12 Sclérose latérale amyotrophique
13 Paralysie 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

☐ 14.11.03.00.2 - Appareil de servo-ventilation avec système d'humidification
☐ 14.12.02.00.2 - BIPAP ST Appareil de ventilation à domicile pour le soutien ventilatoire de personnes en insuffisance ventilatoire, location
☐ 14.12.03.00.2 - Life Support Appareil de ventilation à domicile pour personnes souffrant d'insuffisance ventilatoire dépendant d'une assistance ventilatoire permanente, location

Demande ☐ 1er appareil / ordonnance ☐ 2ème appareil **Changement du à** ☐ Âge > 5 ans ☐ Défaut

Appareil

Modèle d'appareil _____
☐ Masque Nasal _____
☐ Masque Facial _____

Durée de la ventilation

☐ nuit ☐ nuit et le jour ☐ 24h/24h
Nombre d'heures _____
Date de début thérapie _____
Date contrôle annuel _____

Paramètres

AI		AI min		AI max		Vt	
P insp		P insp min		P insp max		Pente Inspi	
P ep		P ep min		P ep max		Pente Expi	
Fréq		Fréq min		TI		TI min	
Débit		I/E		Autres		TI max	

Remarques _____

Divers ☐ Batterie externe ☐ Humidificateur séparé ☐ Support roulant ☐ Système de tuyau climatisé ☐ Mallette de protection ☐ Câble d'alarme à distance ☐ Autre _____

E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile ☑ Oui ☐ Non

		Insuffisance ventilatoire	Trouble respiratoire pendant le sommeil
Suivi des résultats, y compris l'instruction	Temps maximum consacré (tarif 7a)	420 min / première année	200 min / première année
Seuil de référence en minutes		270 min / années suivantes	120 min / années suivantes
1. Facturation en fonction des besoins / prestations effectifs	10901 Évaluation initiale		
2. La prescription médicale est délivrée pour 12 mois et est automatiquement renouvelée pour 12 mois supplémentaires.	10902 Réévaluation	1-2 / par an	1-2 / par an
	10904 Planification des soins	1-2 / par an	1-2 / par an
3. En cas de besoin accru de soins, le formulaire de prescription 6 doit être rempli.	10906 Détermination des besoins en soins	1-4 / par an	1-4 / par an
	10907 Consultation médicale	1-4 / par an	1-4 / par an
	10909 Instructions de soins/ conseils	1-4 / par an	1-4 / par an

F) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur _____
Date de prescription _____
E-mail _____

Signature & Timbre (incl. No RCC) (Sélectionner le fichier image)

VitalAire Schweiz AG | Waldeggstrasse 38 | 3097 Liebefeld | Téléphone 031 978 78 82 | 24/7 – 0800 800 234 | www.vitalaire.ch | info@vitalaire.ch

Envoyer le formulaire par E-Mail

Imprimer le formulaire