

# 2 Formulaire de prescription

Oxygénothérapie continue de longue durée / Soins

Première prescription  
Renouvellement de la presc.  
LiMA OPAS 7  
Commande standard (48 h)  
Commande Express (4 h)



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

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Remboursement des coûts AI CM  
NPA/Lieu \_\_\_\_\_ Caisse maladie \_\_\_\_\_  
Téléphone/Mobile \_\_\_\_\_ No d'assuré: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Numéro AVS \_\_\_\_\_  
Sexe \_\_\_\_\_ Trachéostoma Oui Non

## 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

(cœur 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 <sub>2</sub> | PaCO <sub>2</sub> | SaO <sub>2</sub> % |
|--|------|------------------|-------------------|--------------------|
| 1 au repos (sans O <sub>2</sub> )                  |      |                  |                   |                    |
| 2 au repos (nach > 30 Minuten O <sub>2</sub> )     |      |                  |                   |                    |
| 3 test d'effort standardisé (sans O <sub>2</sub> ) |      |                  |                   |                    |
| 4 test d'effort standardisé (avec O <sub>2</sub> ) |      |                  |                   |                    |

(3) et (4) obligatoire en cas de prescription d'oxygène liquide

## D) Prescription pour thérapie avec

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

Durée: \_\_\_\_\_ heures/jour \_\_\_\_\_ au repos \_\_\_\_\_ l/min  
Mobilité: \_\_\_\_\_ heures/jour \_\_\_\_\_ à l'effort \_\_\_\_\_ l/min

14.10.20.00.2 Concentrateur d'oxygène (COX)

14.10.25.00.2 Système de remplissage pour bouteilles de gaz

14.10.11.00.2 Concentrateur d'oxygène portable (POX)

14.10.30.00.2L Oxygène liquide (LOX)

## E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui Non

### Seuil de référence en minutes

- Facturation selon besoin effectif/prestation.
- La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.
- En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.

|                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1ère année:</b> 400 minutes | <b>Années suivantes:</b> 200 minutes |
|--------------------------------|--------------------------------------|

## F) Médecin prescripteur

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Date de prescription \_\_\_\_\_  
Médecin prescripteur \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)