

3 Formulaire de prescription

Thérapie CPAP

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LIMA OPAS7



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	_____		

B) Diagnostic principal

s.v.pl. reporter le code:

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

C) Examens

Diagnostic	Index	sans CPAP	avec CPAP
Oxymétrie	Nombre de désaturations/heure:	_____	_____
Polygraphie/PSG	Index d'apnées/hypopnées:	_____	_____
Capnographie	Mesure PCO2		

D) Prescription de l'appareil et des consommables

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

- 14.11.02.00.2 Appareil CPAP avec système d'humidification
- 14.11.03.00.2 Appareil de servo-ventilation avec système d'humidification
- 14.11.04.00.2 Appareil bi-level PAP en mode spontané avec système d'humidification

Paramètres:

Accessoires: Masque nasal Masque fullface

Le patient a besoin de plus de consommables que ce qui est remboursé, car: _____

E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui Non

Seuil de référence en minutes

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

Suivi du succès, y compris l'installation initiale, par an: 210 minutes

F) Médecin prescripteur

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

Date de prescription _____

Médecin prescripteur _____

E-Mail _____