

# 4 Formulaire de prescription

Oxygénothérapie de courte durée/Soin

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	_____	Tracheostoma	Oui      Non

## 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) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

Système oxygène liquide (max. 3 mois):	1.2l	0.5l	FREELOX 0.25 à 7l/min /	HELiOS 300 Plus (0.125 à 0.75l/min)
Concentrateur (max. 3 mois):	O2-gaz comprimé 2 litre /		Concentrateur portable /	O2-gaz comprimé 11l
Autres:	_____			

Durée: _____ heures/jour	Remarques: _____	Pouls minimal: _____
Mobilité: _____ heures/jour (hors du domicile)	SpO2 mininal: _____ %	Pouls maximal: _____
	SpO2 maximum: _____ %	Début du traitement: _____

## D) Argument pour gaz comprimé

Si la durée de traitement est > 1 mois

## 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.

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

## F) Médecin prescripteur

_____	Signature & Timbre (incl. No RCC)	(Sélectionner le fichier image)
_____		
Date de prescription	_____	
Médecin prescripteur	_____	
E-Mail	_____	