

4P Formulaire de prescription

Pédiatrie: Oxygénothérapie de courte durée/ Soins

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LIMA OPAS7



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

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

B) Diagnostic principal

Choisir un code S.V.P.

P00 Maladie pulmonaire chronique du prématuré

(p. ex. dysplasie broncho-pulmonaire, pneumopathie chronique)

P10 Maladie pulmonaire néonatale congénitale/acquise

(p. ex. hernie diaphragmatique)

P20 Hypertension pulmonaire

(p. ex. trisomie 21)

P30 Pneumopathie interstitielle

(p. ex. chILD)

P40 Mucoviscidose avancée & autres bronchectasies

P50 Bronchiolite oblitérante

P60 Maladie du thorax

(p. ex. dystrophie thoracique, cyphoscoliose sévère)

P70 Maladie neuromusculaire

P80 Divers

(p. ex. drépanocytose avec hypoxémies nocturnes, malformation d'Arnold-Chiari, maladies métaboliques & syndromiques, trachéotomie)

P90 Autre

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 minimal: _____%	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

- 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.

1ère année: 400 minutes

Années suivantes: 200 minutes

F) Médecin prescripteur

_____	_____
_____	_____
Date de prescription	_____
Médecin prescripteur	_____
E-Mail	_____

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)