

5 Formulaire de prescription

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

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 _____

Demande

Premier appareil/première ordonnance _____ Changement de l'appareil: _____
Deuxième appareil _____ Appareil: Âge > 5 ans Défaut

B) Diagnostic Code du diagnostic principal: Code du diagnostic secondaire:

10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale	30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue	40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable	34 Déformation post-traumatique 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

Durée de la respiration de nuit, nombre d'heures prescrites _____ 24h sans interruption
de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures _____ début du traitement _____
Appareil: marque, modèle _____ N° de série _____
Position LiMA _____
Début du traitement (sortie de l'hôpital) _____
Humidificateur/accessoires intégré séparé **Masque** _____
Marque, modèle: _____ Taille _____
Fournisseur _____
Divers Batterie externe Câble d'alarme à distance Mallette de l'appareil Fixation Mentonnière
Sangle de tête Adaptateur O₂ Support Système de flexibles climatisé

D) 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.

Trouble respiratoire pendant le sommeil 1ère année: 200 minutes années suivantes: 120 minutes	Insuffisance ventilatoire 1ère année: 1ère année: 420 minutes années suivantes: 270 minutes
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E) Médecin prescripteur

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