

## 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

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

14.03.15.00.2L	Insufflateur/exsufflateur mécanique	Débit d'inhalation (litres / min.):	_____
Dispositif à haut débit	L'appareil MyAirvo Highflow	Temps d'inhalation	_____
Appareil:	_____	Pression expiratoire	_____
Mode	_____	Temps d'expiration	_____
Pression d'inhalation	_____	Temps de pause	_____
		Avec une valeur cible d'O2 supplémentaire FiO2:	_____

## D) 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>Insuffisance ventilatoire</b> <b>1ère année: 420 minutes</b>	<b>Insuffisance ventilatoire</b> <b>années suivantes: 270 minutes</b>
--	--

## E) Médecin prescripteur

_____	<b>Signature &amp; Timbre (incl. No RCC)</b>	(Sélectionner le fichier image)
Date de prescription	_____	
Médecin prescripteur	_____	
E-Mail	_____	