

# 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      1.2l      0.5l FREELOX 0.25 à 7l/min /      HELIOS 300 Plus (0.125 à 0.75l/min)

(max. 3 mois):

Concentrateur (max. 3 mois):      O2-gaz comprimé 2 litre /      Concentrateur portable /      O2-gaz comprimé 1l

Autres: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_ heures/jour      \_\_\_\_\_ au repos      \_\_\_\_\_ l/min

Mobilité: \_\_\_\_\_ heures/jour      \_\_\_\_\_ à l'effort      \_\_\_\_\_ l/min

Remarques: \_\_\_\_\_ Pouls minimal: \_\_\_\_\_ Début du traitement: \_\_\_\_\_

SpO2 minimal: \_\_\_\_\_%      Pouls maximal: \_\_\_\_\_

SpO2 maximum: \_\_\_\_\_%

## 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

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

Date de prescription \_\_\_\_\_

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_