

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

(max. 3 mois):

Concentrateur (max. 3 mois): O2-gaz comprimé 2 litre / Concentrateur portable / O2-gaz comprimé 11l

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: _____%

4P Formulaire de prescription

Pédiatrie: Oxygénothérapie de courte durée/ Soins



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.

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
