

1 Formulaire de prescription

Appareil aérosol & appareil d'aspiration

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LIMA OPAS7



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

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

B) Diagnostic principal

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

s.v.pl. reporter le code:

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

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

Appareil aérosol

Estimation de la durée de la thérapie: ≤ 90 jours
> 90 jours

Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde

Masque silicone pour bébé

Appareil d'aspiration pour voies respiratoires

Début du traitement _____

Médicament	Dosage	Nombre/Jour
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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.

Thérapie d'inhalation 1ère année: 120 minutes	Thérapie d'inhalation années suivantes: 60 minutes
Aspiration 1ère année: 180 minutes	Aspiration années suivantes: 90 minutes

E) Médecin prescripteur

Date de prescription _____

Médecin prescripteur _____

E-Mail _____

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)