

2 Formulaire de prescription

Oxygénothérapie continue de longue durée / Soins

Première prescription
Renouvellement de la presc.
LiMA OPAS 7
Commande standard (48 h)
Commande Express (4 h)



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	_____	Sexe	_____	_____
		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

(cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

90 Autres

C) Examens obligatoires

Fonctions pulmonaires	(% valeur théorique)	CV: _____ %	FEV1: _____ %	
Labo	en mm HG	en kPa	Hémoglobine: _____ g%	Hématocrite: _____ %

Gaz sanguins (sous conditions cliniques stables):	Date	PaO ₂	PaCO ₂	SaO ₂ %
1 au repos (sans O ₂)				
2 au repos (nach > 30 Minuten O ₂)				
3 test d'effort standardisé (sans O ₂)				
4 test d'effort standardisé (avec O ₂)				

(3) et (4) obligatoire en cas de prescription d'oxygène liquide

D) Prescription pour thérapie avec

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

Durée: _____ heures/jour	_____ au repos	_____ l/min	
Mobilité: _____ heures/jour	_____ à l'effort	_____ l/min	
14.10.20.00.2	Concentrateur d'oxygène (COX)	14.10.25.00.2	Système de remplissage pour bouteilles de gaz
14.10.11.00.2	Concentrateur d'oxygène portable (POX)	14.10.30.00.2L	Oxygène liquide (LOX)

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

Date de prescription _____

Médecin prescripteur _____

E-Mail _____

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)