

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	_____	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

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 0.75 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:	_____ %		

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

_____	_____
_____	_____
Date de prescription	_____
Médecin prescripteur	_____
E-Mail	_____

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)