

5 Formulaire de prescription

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

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 de police	_____
E-Mail	_____	No d'assuré	_____
Sexe	_____	Numéro AVS	_____

Demande

Premier appareil/première ordonnance Changement de l'appareil:
Deuxième appareil Appareil: Âge > 5 ans Défaut

B) Diagnostic

Code du diagnostic principal:

Code du diagnostic secondaire:

10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale	30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue	40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable	70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72 Respiration de Cheyne-Stokes 99 non défini/ autres
--	--	--	--

C) Données en matière de ventilation à domicile

non invasive

invasive

Durée de la respiration de nuit, nombre d'heures prescrites _____ 24h sans interruption
de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures _____ début du traitement _____

Appareil: marque, modèle _____ N° de série _____

Position LiMA _____

Début du traitement (sortie de l'hôpital) _____

Humidificateur / accessoires intégré séparé **Masque** _____

Marque, modèle: _____ Taille _____

Fournisseur _____

Divers Batterie externe Câble d'alarme à distance Mallette de l'appareil Fixation Mentonnière

 Sangle de tête Adaptateur O₂ Support Système de flexibles climatisé

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.

Trouble respiratoire pendant le sommeil 1ère année: 200 minutes années suivantes: 120 minutes	Insuffisance ventilatoire 1ère année: 1ère année: 420 minutes années suivantes: 270 minutes
--	--

E) Médecin prescripteur

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

Date de prescription _____
Médecin prescripteur _____
E-Mail _____