

# 7 Formulaire de prescription

Appareil Highflow, Cough-Assist

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	_____
Poids	_____	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)

14.03.15.00.2L	Insufflateur/exsufflateur mécanique	Débit d'inhalation (litres / min.):	_____
Dispositif à haut débit	L'appareil MyAirvo Highflow	Temps d'inhalation	_____
Appareil:	_____	Pression expiratoire	_____
Mode	_____	Temps d'expiration	_____
Pression d'inhalation	_____	Temps de pause	_____
		Avec une valeur cible d'O2 supplémentaire FiO2:	_____

## D) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui      Non

### Seuil de référence en minutes

- Facturation selon besoin effectif / prestation.
- La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.
- En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.

<b>Insuffisance ventilatoire 1ère année: 420 minutes</b>	<b>Insuffisance ventilatoire années suivantes: 270 minutes</b>
--	--

## E) Médecin prescripteur

_____	<b>Signature &amp; Timbre (incl. No RCC)</b>	(Sélectionner le fichier image)
Date de prescription	_____	
Médecin prescripteur	_____	
E-Mail	_____	