

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

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

B) Diagnostic principal

Choisir un code S.V.P.

P00 Maladie pulmonaire chronique du prématuré
(p. ex. dysplasie broncho-pulmonaire, pneumopathie chronique)

P10 Maladie pulmonaire néonatale congénitale/acquise
(p. ex. hernie diaphragmatique)

P20 Hypertension pulmonaire
(p. ex. trisomie 21)

P30 Pneumopathie interstitielle
(p. ex. chILD)

P40 Mucoviscidose avancée & autres bronchectasies

P50 Bronchiolite oblitérante

P60 Maladie du thorax

(p. ex. dystrophie thoracique, cyphoscoliose sévère)

P70 Maladie neuromusculaire

P80 Divers

(p. ex. drépanocytose avec hypoxémies nocturnes, malformation d'Arnold-Chiari, maladies métaboliques & syndromiques, trachéotomie)

P90 Autre _____

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.

Insuffisance ventilatoire 1ère année: 420 minutes	Insuffisance ventilatoire années suivantes: 270 minutes
--	--

E) Médecin prescripteur

_____	Signature & Timbre (incl. No RCC)	(Sélectionner le fichier image)
Date de prescription	_____	
Médecin prescripteur	_____	
E-Mail	_____	