



CSS

Assurance

Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

1 Données personnelles

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone	Portable	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Assureur-maladie	N° d'assuré	Assurance-invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Demande

Premier appareil/première ordonnance Deuxième appareil Télésurveillance Changement de l'appareil Appareil: âge > 5 ans Défectueux

3 Diagnostic

Codage pour les indications de ventilation à domicile

10 Neuropathies	40 Hypoventilation alvéolaire primaire
<input type="checkbox"/> 11 Tétraplégie	<input type="checkbox"/> 41 Congénitale
<input type="checkbox"/> 12 Sclérose latérale amyotrophique	<input type="checkbox"/> 42 Révélation tardive
<input type="checkbox"/> 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale	<input type="checkbox"/> 50 Syndrome d'obésité-hypoventilation
<input type="checkbox"/> 14 Syndrome post-poliomyélite	60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives
<input type="checkbox"/> 15 Amyotrophie spinale	<input type="checkbox"/> 61 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
20 Myopathies	<input type="checkbox"/> 62 Bronchectasies
<input type="checkbox"/> 21 Dystrophie musculaire de Duchenne	<input type="checkbox"/> 63 Fibrose kystique
<input type="checkbox"/> 22 Dystrophie myotonique de Steinert	70 Syndrome des apnées centrales du sommeil
<input type="checkbox"/> 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires	<input type="checkbox"/> 71 Syndrome complexe des apnées du sommeil
30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires	<input type="checkbox"/> 72 Respiration de Cheyne-Stokes
<input type="checkbox"/> 31 Cyphoscoliose	99 Non défini / autres
<input type="checkbox"/> 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 33 Status post résection pulmonaire étendue	
<input type="checkbox"/> 34 Déformation post-traumatique	

4 Données en matière de ventilation à domicile

Non invasive Invasive

Durée de la ventilation De nuit, nombre d'heures prescrites 24h sans interruption

De nuit et partiellement de jour, nombre d'heures Début du traitement

Le patient vit à la maison, sans soutien en matière de soins ... à la maison, avec soutien en matière de soins

... dans un établissement de soins

5 Diagnostic et réussite du traitement

Poids en kg	Taille en cm	IMC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CV (%prédit)	VEMS (%prédit)	Syndrome d'apnées du sommeil (SAS)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Appareil

Si du matériel à usage unique supplémentaire dépassant le montant maximal annuel prévu dans la LiMA s'avère nécessaire, il faut transmettre un rapport/argumentaire détaillé au médecin-conseil.

Marque, modèle	Début du traitement
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 14.11.03.00.2 Appareil de servo-ventilation avec système d'humidification, y compris l'entretien et le matériel d'entretien, location
- 14.11.04.00.2 Appareil bi-level PAP en mode spontané avec système d'humidification, y compris l'entretien et le matériel d'entretien, location
- 14.12.02.00.2 Appareil de respiration à deux niveaux de pression, avec régulateur respiratoire et de durée, location
- 14.12.03.00.2 Appareil de respiration avec régulateur de durée et de volume, location

Humidificateur/ accessoires

- Intégré Séparé

Accessoires spéciaux

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Batterie externe | <input type="checkbox"/> Câble pour alarme à distance | <input type="checkbox"/> Mallette |
| <input type="checkbox"/> Support | <input type="checkbox"/> Mentonnière | <input type="checkbox"/> Système de tuyaux climatisé |
| <input type="checkbox"/> Cagoule | <input type="checkbox"/> Adaptateur O2 | <input type="checkbox"/> Pied |
| <input type="checkbox"/> Autres | <input type="text"/> | |

Fournisseur

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dräger Medical | <input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH | <input type="checkbox"/> Ligues pulmonaires cantonales |
| <input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Suisse SA | <input type="checkbox"/> Philips SA, Respironics | <input type="checkbox"/> ResMed Suisse SA |
| <input type="checkbox"/> SOS Oxygène SA | <input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz AG | |
| <input type="checkbox"/> Autres | <input type="text"/> | |

7 Suivi

Prescription pour assistance et suivi à domicile Oui Non

Suivi à domicile par

Médecin responsable

Médecin prescripteur / centre	N° RCC
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lieu	Date	Timbre et signature du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médecin traitant	Pneumologue responsable des contrôles de suivi
<input type="text"/>	<input type="text"/>

A envoyer à:

CSS Assurance, Service du médecin-conseil, Case postale 144, 1000 Lausanne 10, Adresse HIN: avd.f@css.ch

Entités juridiques pour l'assurance de base selon la LAMal: CSS Assurance-maladie SA, Arcosana SA

Entités juridiques pour l'assurance selon la LCA: CSS Assurance SA

Entité juridique pour l'assurance-accidents selon la LAA: CSS Assurance SA