

Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

Informations générales (veuillez compléter intégralement)	Nom, prénom			
	Rue, N°			
	NPA, localité			
	Téléphone	Portable		
	Date de naissance	Assurance-invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	N° ID	N° d'assuré		
Assureur-maladie				
Demande	<input type="checkbox"/> Premier appareil / première ordonnance	Changement de l'appareil:		
	<input type="checkbox"/> Deuxième appareil	Appareil: <input type="checkbox"/> Âge > 5 ans <input type="checkbox"/> Défaut		
Diagnostic: codage pour les indications de ventilation à domicile	Code du diagnostic principal:	Code du diagnostic secondaire:		
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale 20 Myopathies 21 Dystrophie musculaire de Duchenne 22 Dystrophie myotonique de Steinert 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue 34 Déformation post-traumatique </td> <td style="vertical-align: top;"> 40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable 62 Bronchectasies 63 Mucoviscidose 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72 Respiration de Cheyne-Stokes 99 non défini / autres: _____ </td> </tr> </table>			10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale 20 Myopathies 21 Dystrophie musculaire de Duchenne 22 Dystrophie myotonique de Steinert 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue 34 Déformation post-traumatique	40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable 62 Bronchectasies 63 Mucoviscidose 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72 Respiration de Cheyne-Stokes 99 non défini / autres: _____
10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale 20 Myopathies 21 Dystrophie musculaire de Duchenne 22 Dystrophie myotonique de Steinert 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue 34 Déformation post-traumatique	40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable 62 Bronchectasies 63 Mucoviscidose 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72 Respiration de Cheyne-Stokes 99 non défini / autres: _____			
Données en matière de ventilation à domicile	<input type="checkbox"/> non invasive	<input type="checkbox"/> invasive		
Durée de la respiration	<input type="checkbox"/> de nuit, nombre d'heures prescrites : <input type="checkbox"/> de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures :	<input type="checkbox"/> 16h sans interruption <input type="checkbox"/> début du traitement		
Le patient vit :	<input type="checkbox"/> à la maison, sans soutien en matière de soins <input type="checkbox"/> dans un établissement de soins	<input type="checkbox"/> à la maison, avec soutien en matière de soins		
Appareil : (marque, modèle)	N° de série :			
Position LiMA				
Début du traitement (sortie de l'hôpital)				
Humidificateur / accessoires	<input type="checkbox"/> intégré <input type="checkbox"/> séparé Marque, modèle :	Masque Taille		
Fournisseur	<input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH <input type="checkbox"/> ResMed Schweiz AG <input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="checkbox"/> Philips AG, Respironics <input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz AG <input type="checkbox"/>		
Assistance	Prescription pour conseil et assistance à domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Assistance à domicile fournie par:			

<hr/>	
Médecins compétents	
<hr/>	
Médecin prescripteur / centre	N° RCC
<hr/>	

<hr/>	<hr/>
Date	Timbre et signature du médecin
<hr/>	

Médecin traitant
<hr/>

Pneumologue responsable des contrôles de suivi
<hr/>

Envoyer le formulaire dûment complété à: Groupe Helsana, Case postale, 8081 Zurich.