

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 <input type="checkbox"/> Deuxième appareil	Changement de l'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:
10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomélique 15 Amyotrophie spinale	40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset	
20 Myopathies 21 Dystrophie musculaire de Duchenne 22 Dystrophie myotonique de Steinert 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires	50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable 62 Bronchectasies 63 Mucoviscidose	
30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue 34 Déformation post-traumatique	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"/> 16h sans interruption <input type="checkbox"/> de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures : <input type="checkbox"/> début du traitement	
Le patient vit :	<input type="checkbox"/> à la maison, sans soutien en matière de soins <input type="checkbox"/> à la maison, avec soutien en matière de soins <input type="checkbox"/> dans un établissement 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"/> Philips AG, Respirationics <input type="checkbox"/> ResMed Schweiz AG <input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz AG <input type="checkbox"/> Löwenstein Medical 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:	

Médecins compétents

**Médecin prescripteur /
centre**

N° RCC

Date

Timbre et signature du médecin

Médecin traitant

Pneumologue responsable des contrôles de suivi

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