

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

S'applique à toutes les personnes qui ne sont pas assurées auprès de la SVK.

Première prescription
Renouvellement de la presc.
(À remplir par la Ligue)
LiMA OPAS 7

5



A) Patient (remplir complètement s.v.pl.)

Langue DE FR IT

Nom/Prénom _____
Rue, N° _____
NPA/Lieu _____
Téléphone _____
Natel _____

Date de naissance _____
Assurance-invalidité Oui Non
N° ID _____
N° d'assuré _____
Assureur-maladie _____

Demande Premier appareil/première ordonnance
 Deuxième appareil

Changement de l'appareil:
Appareil: Âge > 5 ans Défaut

B) Diagnostic

Code du diagnostic principal:

Code du diagnostic secondaire:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 10 Neuropathies | 22 Dystrophie myotonique de Steinert | 33 Status post résection pulmonaire étendue | 62 Bronchectasies |
| 11 Tétraplégie | 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires | 34 Déformation post-traumatique | 63 Mucoviscidose |
| 12 Sclérose latérale amyotrophique | | 40 Hypoventilation alvéolaire primaire | 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil |
| 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale | 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires | 41 congénitale | 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe |
| 14 Syndrome post-poliomyélite | 31 Cyphoscoliose | 42 late onset | 72 Respiration de Cheyne-Stokes |
| 15 Amyotrophie spinale | 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre | 50 Syndrome obésité-hypoventilation | 99 non défini/autres |
| 20 Myopathies | | 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives | |
| 21 Dystrophie musculaire de Duchenne | | 61 BPCO avancée stable | |

C) Données en matière de ventilation à domicile

non invasive invasive

Durée de la respiration de nuit, nombre d'heures prescrites _____ 24h sans interruption
 de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures _____ début du traitement _____

Appareil: marque, modèle _____ N° de série _____

Position LiMA _____

Début du traitement (sortie de l'hôpital) _____

Humidificateur/accessoires intégré séparé Masque _____

Marque, modèle: _____ Taille _____

Fournisseur _____

Divers Batterie externe Câble d'alarme à distance Mallette de l'appareil Fixation Mentonnière
 Sangle de tête Adaptateur O₂ Support Système de flexibles climatisé

Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge (optionnel) oui (voir page 2)

D) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

oui non

(selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

Seuil de référence en minutes

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

Trouble respiratoire pendant le sommeil
1ère année: 200 minutes
années suivantes: 120 minutes

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

E) Prescription/Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur)

Médecin compétent _____

Signature + Timbre (incl. No RCC)

Médecin prescripteur _____

Date de la prescription _____

Médecin de 1^{er} recours _____

Pneumologue des contrôles de suivi _____

Prescription à _____