

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

oxygénothérapie continue de longue durée / Soins

Première prescription

Renouvellement

(À remplir par la Ligue)

LIMA

OPAS 7

Page 1/2



Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie

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

| | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Nom / Prénom: _____ | Date de naissance: _____ |
| Adresse: _____ | Sexe: _____ |
| NPA / Lieu: _____ | Assureur: _____ |
| Téléphone: _____ | N° d'assurance sociale: _____ |
| Email: _____ | Maladie/Acc./AI: _____ |
| Profession: _____ | N° d'assuré-e: _____ |

B) Diagnostic principal :

| | |
|---|---|
| 00 Maladies pulmonaires obstructives 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme | 40 Maladies vasculaires (hypertension pulmonaire) |
| 10 Maladies pulmonaires restrictives (fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc) | 50 Maladies cardiaques (cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.) |
| 20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes) | 60 Autres maladies (cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.) |
| 30 Maladies neuro-musculaires | 70 Algies vasculaires de la face |
| 90 Autres: _____ | |

C) Valeurs mesurées (sauf pour Algie vasculaire de la face et Syndrome d'apnées centrales du sommeil)

| Mesures en conditions cliniques stables | Date: | SpO ₂ %: | PaO ₂ mmHg: | PaCO ₂ mmHg: |
|---|-------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1. Au repos sans O ₂ | | | | |
| 2. Au repos sous O ₂ : _____ L/min À remplir si hypercapnie | | | | |
| 3. La nuit sans O ₂ : | | SpO ₂ moyenne: _____ | | |
| | | Type de test: | SpO ₂ au nadir: | Effort fourni: |
| 4. Test d'effort standardisé sans O ₂ | | | | |
| 5. Test d'effort standardisé sous O ₂ (_____) L/min | | | | |

D) Prescription du système de thérapie

| Concentrateur fixe | | Concent. mobile | | Oxygène liquide | Gaz comprimé fixe | | Gaz mobile |
|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|--|
| Débit O ₂ L/min: _____ | Position: _____ | Débit O ₂ L/min: _____ | à l'effort: Position: _____ | Débit O ₂ la nuit: L/min: _____ | Durée (heures / jour): _____ | Mobilité _____ heures/jours | (avec O ₂ hors du domicile) |
| Justification pour O ₂ liquide: _____ | | | | | | | |
| Justification pour système mobile: _____ | | | | | | | |
| Remarque: _____ | | | | | | | |

E) Prescription de conseil et soins ambulatoire ou à domicile

| | oui | non |
|--|--------------------|--------------------------|
| Seuil de référence en minutes | <u>1ère année:</u> | <u>Années suivantes:</u> |
| 1) Facturation selon besoin effectif / prestation. | | |
| 2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires. | 300 minutes | 150 minutes |
| 3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6. | | |

F) Médecin prescripteur-riche

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Médecin prescripteur-riche: _____ | Signature + Timbre: _____ |
| Spécialité FMH: _____ | (incl. N° RCC) |
| Adresse: _____ | |
| Téléphone: _____ | |
| Début du traitement: _____ | |
| Date de prescription: _____ | |
| Médecin de famille: _____ | |
| Pneumologue responsable: _____ | |

Prescription à:

Ligue pulmonaire vaudoise, Avenue de Provence 4, 1007 Lausanne
Tel: 021 623 38 00 Fax: 021 623 38 10, Mail: info@lpvd.ch

Extraits de la Liste des moyens et appareils (LiMA), qui définit les critères de remboursement par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (modifications du 01.04.2022)

Oxygénothérapie continue de longue durée

Pour atteindre le but visé par la thérapie (diminution de l'hypertension artérielle pulmonaire, augmentation de l'espérance de vie), une administration d'oxygène, généralement à faible dosage, d'au moins 16 heures par jour est nécessaire.

Indication

L'oxygénothérapie est fournie conformément aux directives thérapeutiques actuelles fondées sur des données probantes. La condition préalable à la prise en charge des coûts est le diagnostic d'une algie vasculaire de la face ou d'un déficit en oxygène établi par des méthodes appropriées (valeurs adaptées à l'âge).

Choix du système

Différents systèmes ou des combinaisons de ceux-ci peuvent être efficaces, appropriés et économiques en fonction de la situation individuelle (indication de l'oxygénothérapie, durée du traitement quotidien, quantité d'oxygène supplémentaire nécessaire à l'effort, situation du logement, évolution de la mobilité en dehors du domicile).

Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé est obsolète et ne répond absolument pas au principe d'économicité. Pour les traitements de courte durée, pour le traitement à long terme des crises d'algie vasculaire de la face et pour les soins dispensés par des équipes mobiles, dans le cadre d'une oxygénothérapie de longue durée, à des patient-e-s pédiatriques présentant de très faibles besoins en oxygène, les bouteilles d'oxygène comprimé peuvent toujours être utilisées.

Garantie de prise en charge

Dans certaines situations (p. ex. avant l'achat de systèmes coûteux, avant le début du traitement à l'oxygène liquide ou en cas de combinaison de certains systèmes), une garantie spéciale préalable de l'assureur, qui tiendra compte de la recommandation du médecin conseil, est requise afin de garantir l'économicité du traitement.

S'agissant d'oxygène liquide, pour obtenir la garantie requise avant le début du traitement, il faut présenter un devis pour la fourniture prévue (besoin en oxygène, nombre et taille des réservoirs, fréquence de livraison) afin que l'on puisse en comparer l'économicité et l'adéquation par rapport à d'autres systèmes.

De même, avant l'achat de concentrateurs d'oxygène, il faut présenter un devis indiquant, en plus du prix, la fréquence à prévoir pour le renouvellement du tamis moléculaire et, le cas échéant, des batteries spécifiques au modèle d'appareil choisi.

Matériel à usage unique

Par année et par assuré-e, le matériel à usage unique relatif à une seule position est pris en charge, quel que soit le nombre des systèmes d'oxygène utilisés. Un changement de forfait en cours d'année est possible, par exemple en cas de modification du traitement. Les personnes qui utilisent la position du consommable pour un besoin d'oxygène à l'effort de 6 l/min et plus doivent aussi utiliser une source ou un système d'oxygène de puissance correspondante (gaz liquide, concentrateur fixe à haut débit d'oxygène ou gaz comprimé en cas d'algie vasculaire de la face).

REMARQUE DE LA LIGUE PULMONAIRE

Les directives thérapeutiques actuelles mentionnées dans la LiMA au chapitre Indication sont les lignes directrices de la Société suisse de pneumologie (version du 28.08.2006), qui retient notamment les indications suivantes:

1. Patient-e-s atteint-e-s d'hypoxémie artérielle chronique secondaire à une maladie pulmonaire chronique et dans un état clinique stable:
 - PaO₂ < 55 mmHg/7,3 kPa. Une hypercapnie simultanée ne constitue en principe.
 - Pas de contre-indication pour une oxygénothérapie à domicile, à condition que tout risque de dépression respiratoire induite par l'oxygène ait été exclu.
2. Patient-e-s atteint-e-s de polyglobulie secondaire et/ou présentant les signes de coeur pulmonaire chronique,
 - PaO₂ 55 – 60 mmHg/7,3 – 8,0 kPa.
3. Patient-e-s atteint-e-s d'hypoxémie de longue durée dans les situations suivantes:
 - 3.1 hypoxémie principalement induite par l'effort, PaO₂ < 55 mmHg/7,3 kPa ou saturation d'O₂ < 90% avec la preuve d'une meilleure tolérance à l'effort sous respiration d'oxygène;
 - 3.2 syndrome des apnées centrales du sommeil (p.ex. respiration de Cheyne-Stokes) avec désaturations répétées comme alternative à la ventilation non invasive.