

Ventilation invasive et non invasive à domicile

À remplir par le pneumologue traitant:

Première prescription Renouvellement

Patient (renseigner tous les champs)

Langue: FR DE IT

Nom/Prénom: _____ Date de naissance: _____

Rue, N°: _____ Assurance-invalidité: oui non

NPA/lieu: _____ N° ID: _____

Téléphone: _____ Mobile: _____

N° d'assuré: _____ Assureur maladie: _____

Demande: Premier appareil/première ordonnance Deuxième appareil

Changement de l'appareil: Âge > 5 ans Défectueux

Diagnostic

Code diagnostic principal:

Code diagnostic secondaire:

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

Données de ventilat. 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: _____

Modèle et numéro de série: _____ Taille: _____

Fournisseur: _____

Divers Batterie externe Fixation Mentonnière Mallette de l'appareil Support

Sangle de tête Adaptateur O₂ Câble d'alarme à distance Système de flexibles climatisé

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

Prescription de conseils et soins ambulatoires ou à domicile

oui non

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

Médecin traitant: _____

Médecin ordonnant: _____ Date de la prescription: _____

Médecin de 1^{er} recours: _____ Pneumologue des contrôles de suivi: _____

Timbre / signature (incl. n° RCC): _____