

# 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 \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

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     | 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires    | 40 Hypoventilation alvéolaire primaire                          | 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil |
| 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale | 31 Cyphoscoliose   | 41 congénitale  | 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe |
| 14 Syndrome post-poliomyélite          | 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre                | 42 late onset   | 72 Respiration de Cheyne-Stokes         |
| 15 Amyotrophie spinale                 |  | 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 \_\_\_\_\_

L'instruction et l'ajustement initiaux par la Ligue pulmonaire  oui

Divers  Batterie externe  Câble d'alarme à distance  Mallette de l'appareil  Fixation  Mentonnière  
 Sangle de tête  Adaptateur O<sub>2</sub>  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

- Facturation selon besoin effectif/prestation.
- La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.
- 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<sup>er</sup> recours \_\_\_\_\_

Pneumologue des contrôles de suivi \_\_\_\_\_

Prescription à \_\_\_\_\_

Empty box for additional information.

\* Ces informations supplémentaires peuvent appuyer la demande de prise en charge des coûts au médecin traitant et aider l'équipe de prise en charge à apporter un soutien correct au patient.