

1 Formulaire de prescription

Appareil aérosol & appareil d'aspiration

- Première prescription
 Renouvellement de la presc.
 LiMA OPAS 7

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

Nom / Prénom	_____	Remboursement des coûts	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> AI
Sexe	_____	Caisse maladie	_____		
Date de naissance	_____	Numéro de carte	_____		
Téléphone	_____	Numéro AVS	_____		
Mobile	_____	Adresse	_____		
E-Mail	_____	NPA/Lieu	_____		
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

B) Diagnostic principal

00 Maladies pulmonaires obstructives

- 01 bronchite chronique, emphysème
02 asthme

10 Maladies pulmonaires restrictives

(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuro-musculaires

s.v.pl. reporter le code:

40 Maladies vasculaires

(hypertension pulmonaire)

50 Maladies cardiaques

(cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

90 Autres

C) Prescription pour

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

Appareil aérosol

Estimation de la durée de la thérapie: ≤ 90 jours
 > 90 jours

- Masque
 Embout

Appareil d'aspiration pour voies respiratoires

Début du traitement _____

Médicament	Dosage	Nombre / Jour
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

D) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui Non

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.

Thérapie d'inhalation 1 ^{ère} année: 120 minutes	Thérapie d'inhalation années suivantes: 60 minutes
Aspiration 1^{ère} année: 180 minutes	Aspiration années suivantes: 90 minutes

E) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur _____

Date de prescription _____

E-Mail _____

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)