

7 Formulaire de prescription

Cough-Assist

- 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

(coeur 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)

<input type="checkbox"/> 14.03.15.00.2L	Insufflateur / exsufflateur mécanique	Débit d'inhalation (litres / min.):	_____
<input type="checkbox"/> Appareil:	_____	Temps d'inhalation	_____
Mode	_____	Pression expiratoire	_____
Pression d'inhalation	_____	Temps d'expiration	_____
		Temps de pause	_____
		Avec une valeur cible d'O2	
		supplémentaire FiO2:	_____

D) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui Non

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.

Insuffisance ventilatoire
1^{ère} année: 420 minutes

Insuffisance ventilatoire
années suivantes: 270 minutes

G) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur

Date de prescription

E-Mail

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)