

7P Formulaire de prescription

Pédiatrie: 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	_____		
Poids	_____	Trachéostome	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

B) Diagnostic principal

- P00 Maladie pulmonaire chronique du prématuré**
(p. ex. dysplasie broncho-pulmonaire, pneumopathie chronique)
- P10 Maladie pulmonaire néonatale congénitale / acquise**
(p. ex. hernie diaphragmatique)
- P20 Hypertension pulmonaire**
(p. ex. trisomie 21)
- P30 Pneumopathie interstitielle**
(p. ex. chILD)
- P40 Mucoviscidose avancée & autres bronchectasies**

s.v.pl. reporter le code:

- P50 Bronchiolite oblitérante**
- P60 Maladie du thorax**
(p. ex. dystrophie thoracique, cyphoscoliose sévère)
- P70 Maladie neuromusculaire**
- P80 Divers**
(p. ex. drépanocytose avec hypoxémies nocturnes, malformation d'Arnold-Chiari, maladies métaboliques & syndromiques, trachéotomie)
- P90 Autre** _____

C) Prescription pour

14.03.15.00.2L Insufflateur / exsufflateur mécanique

Appareil: _____

Mode _____

Pression d'inhalation _____

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

Débit d'inhalation (litres / min.): _____

Temps d'inhalation _____

Pression expiratoire _____

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	_____	Signature & Timbre (incl. No RCC)	(Sélectionner le fichier image)
Date de prescription	_____	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	
E-Mail	_____		