

2P Formulaire de prescription

Pédiatrie : Monitoring (y compris oxygénothérapie) –
Thérapie à haut débit

- 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) Système d'oxygénothérapie

- 14.10.20.00.2 – Concentrateur d'oxygène, location
 14.10.22.00.2 – Concentrateur d'oxygène portable, location Pulsé Pos. 1–6 et / ou en continu 0.5–3l/min
 14.10.26.00.2 – Système de remplissage pour concentrateur d'oxygène, location

D) Thérapie à haut débit

- High-Flow (appareil à débit élevé) FIO2 cible _____ % Flux O2 _____ l/min
 Autres _____ Flux O2 _____ l/min

E) Monitoring

- 21.01.05.00.1 – Moniteur de surveillance O2 et cardiaque, achat SpO2 minimal _____ % Pouls minimal _____
 21.01.05.00.2 – Moniteur de surveillance O2 et cardiaque, location SpO2 maximal _____ % Pouls maximal _____

F) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui Non

Suivi des résultats, y compris l'instruction	Temps maximum consacré (tarif 7a)	400 min / première année 200 min / années suivantes
Seuil de référence en minutes		
1. Facturation en fonction des besoins / prestations effectifs	10901 Évaluation initiale	
2. La prescription médicale est délivrée pour 12 mois et est automatiquement renouvelée pour 12 mois supplémentaires.	10902 Réévaluation	1–2 / par an
3. En cas de besoin accru de soins, le formulaire de prescription 6 doit être rempli.	10904 Planification des soins	1–2 / par an
	10906 Détermination des besoins en soins	1–4 / par an
	10907 Consultation médicale	1–4 / par an
	10909 Instructions de soins/ conseils	1–4 / par an

G) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur

Date de prescription

E-Mail

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)