

# 3 Formulaire de prescription

Thérapie APAP/CPAP

- 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	_____		

## 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) Examen

Diagnostic	Index	Sans CPAP	Avec CPAP
<input type="checkbox"/> Oxymétrie <input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	Nombre de désaturations / heure	_____	_____
Date d'examen _____	Index d'apnées / hypopnées	_____	_____

## D) Prescription de l'appareil et des consommables

- 14.11.02.00.2 – Appareil CPAP avec système d'humidification, location Date de début thérapie \_\_\_\_\_
- 14.11.02.00.1 – Appareil CPAP, avec système d'humidification, achat (seulement possible après 12 mois) Date contrôle annuel \_\_\_\_\_

Remarques \_\_\_\_\_

### Réglages

Pression \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cmH2O Rampe (min) \_\_\_\_\_

Pression de départ \_\_\_\_\_ cmH2O Niveau EPR \_\_\_\_\_

### Consommables

- Humidificateur  Masque Nasal \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_
- Circuit chauffant  Masque Facial \_\_\_\_\_

Remarques \_\_\_\_\_

## E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

Oui  Non

Suivi des résultats, y compris l'instruction	Temps maximum consacré (tarif 7a)	
<b>Seuil de référence en minutes</b>		400 min / première année 200 min / années suivantes
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

## F) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_

Date de prescription \_\_\_\_\_

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

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)