

# 5 Formulaire de prescription

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

- 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

s.v.pl. reporter le code:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>10 Neuropathies</b><br>11 Tétraplégie<br>12 Sclérose latérale amyotrophique<br>13 Paralyse diaphragmatique bilatérale<br>14 Syndrome post-poliomyélite<br>15 Amyotrophie spinale | <b>23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires</b><br><b>30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires</b><br>31 Cyphoscoliose<br>32 Remaniements cicatriciels de la plèvre<br>33 Status post résection pulmonaire étendue<br>34 Déformation post-traumatique | <b>40 Hypoventilation alvéolaire primaire</b><br>41 congénitale<br>42 late onset<br><b>50 Syndrome obésité-hypoventilation</b><br><b>60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives</b><br>61 BPCO avancée stable<br>62 Bronchectasies<br>63 Mucoviscidose | <b>70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil</b><br>71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe<br>72 Respiration de Cheyne-Stokes<br><b>99 non défini / autres</b> |
|---|--|---|---|

## C) Données en matière de ventilation à domicile

non invasive  invasive

- 14.11.03.00.2 – Appareil de servo-ventilation avec système d'humidification  
 14.12.02.00.2 – BIPAP ST Appareil de ventilation à domicile pour le soutien ventilatoire de personnes en insuffisance ventilatoire, location  
 14.12.03.00.2 – Life Support Appareil de ventilation à domicile pour personnes souffrant d'insuffisance ventilatoire dépendant d'une assistance ventilatoire permanente, location

**Demande**  1<sup>er</sup> appareil / ordonnance  2<sup>ème</sup> appareil

### Appareil

Modèle d'appareil \_\_\_\_\_  
 Masque Nasal \_\_\_\_\_  
 Masque Facial \_\_\_\_\_

**Changement du à**  Âge > 5 ans  Défaut

### Durée de la ventilation

nuit  nuit et le jour  24h / 24h

Nombre d'heures \_\_\_\_\_

Date de début thérapie \_\_\_\_\_

Date contrôle annuel \_\_\_\_\_

### Paramètres

### Remarques

**Divers**  Batterie externe  Humidificateur séparé  Support roulant  Système de tuyau climatisé  
 Mallette de protection  Câble d'alarme à distance  Autre \_\_\_\_\_

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

Oui  Non

### Suivi des résultats, y compris l'instruction

#### Seuil de référence en minutes

- Facturation en fonction des besoins / prestations effectifs
- La prescription médicale est délivrée pour 12 mois et est automatiquement renouvelée pour 12 mois supplémentaires.
- En cas de besoin accru de soins, le formulaire de prescription 6 doit être rempli.

Temps maximum consacré (tarif 7a)

400 min / première année  
200 min / années suivantes

10901 Évaluation initiale

10902 Réévaluation

1-2 / par an

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

## E) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_

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

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

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)