

Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

Informations générales

(veuillez compléter
intégralement)

Nom, prénom

Rue, N°

NPA, localité

Téléphone

Portable

Date de naissance

Assurance-invalidité

☐ Oui ☐ Non

N° ID

N° d'assurance

Assureur-maladie

Demande

☐ Premier appareil/
première ordonnance

Changement d'appareil :

☐ Deuxième appareil

Appareil : ☐ Âge >5 ans ☐ Défaut

Diagnostic

codage pour les indications
de ventilation à domicile

Code du diagnostic principal :

Code du diagnostic secondaire :

10 Neuropathies

- 11 Tétraplégie
- 12 Sclérose latérale amyotrophique
- 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale
- 14 Syndrome post-poliomyélite
- 15 Amyotrophie spinale

20 Myopathies

- 21 Dystrophie musculaire de Duchenne
- 22 Dystrophie myotonique de Steinert
- 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires

30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires

- 31 Cyphoscoliose
- 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre
- 33 Status post résection pulmonaire étendue
- 34 Déformation post-traumatique

40 Hypoventilation alvéolaire primaire

- 41 congénitale
- 42 late onset

50 Syndrome obésité-hypoventilation

60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives

- 61 BPCO avancée stable
- 62 Bronchectasies
- 63 Mucoviscidose

70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil

- 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe
- 72 Respiration de Cheyne-Stokes

99 non défini/autres :

Données en matière de ventilation à domicile

☐ non invasive

☐ invasive

Durée de la respiration

☐ de nuit, nombres d'heures prescrites:

☐ 16 heures sans interruption

☐ de nuit et partiellement de jour, nombre
d'heures :

☐ début du traitement

Le patient vit ...

☐ à la maison, sans soutien en patère de soins

☐ à la maison, avec soutien en

☐ dans un établissement de soins

matière de soins

Appareil (marque, modèle)

N° de série :

Position LiMA

Début du traitement

(sortie de l'hôpital)

Humidificateur/accessoires

☐ intégré

☐ séparé

Masque :

Marque, modèle :

Taille :

Fournisseur	☐ Homecare Medical GmbH ☐ Philips AG, Respirationics ☐ ResMed Schweiz AG ☐ VitalAire Schweiz AG ☐ Löwenstein Medical Schweiz AG ☐		
Assistance	Prescription pour conseil et assistance à domicile	☐ Oui	☐ Non
	Assistance à domicile fournie par :		
Médecins compétents			
Médecin prescripteur / centre	N° RCC.		
Lieu et date	Timbre et signature du médecin		
Médecin traitant			
Pneumologue responsable des contrôles de suivi			

Envoyer le formulaire dûment complété à :
 Groupe Helsana, Case postale, 8081 Zürich ou par courriel à info@helsana.ch.