

2 Formulaire de prescription

Oxygénothérapie continue de longue durée et Soins

- 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) Valeurs mesurées

(sauf pour Algie vasculaire de la face et Syndrome d'apnées centrales du sommeil)

Valeurs de PaO₂ et de PaCO₂ en mmHg en kPa

Mesures en conditions cliniques stables	Date	SpO ₂ %	PaO ₂	PaCO ₂
1. Au repos sans O ₂				
2. Au repos sous O ₂ _____ l/min (À remplir si hypercapnie)				
3. La nuit sans O ₂		SpO ₂ moyenne:		
		Type de test	SpO ₂ au nadir	Effort fourni
4. Test d'effort standardisé sans O ₂				
5. Test d'effort standardisé sous O ₂ (_____ l/min O ₂)				

D) Prescription du système de thérapie

Fixe Concentrateur Gaz comprimé LOX **Mobile** Concentrateur Gaz comprimé LOX

Débit O ₂ au repos _____ l/min	Durée _____ heures / jour	Mobilité _____ heures / jour (avec O ₂ hors du domicile)
Débit O ₂ la nuit _____ l/min		
Débit O ₂ à l'effort _____ l/min	Pour gaz comprimé: <input type="checkbox"/> Valve économiseuse <input type="checkbox"/> Détendeur	Pour concentrateur fixe: Système de remplissage pour O ₂ comprimé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Justification pour système mobile

E) 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

F) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur

Date de prescription

E-Mail

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)