

# 4 Formulaire de prescription

Oxygénothérapie de courte durée / 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

(coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

### 60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

### 90 Autres

## C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

Concentrateur (max. 3 mois)  Concentrateur portable

Autres: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_ heures/jour \_\_\_\_\_ au repos \_\_\_\_\_ l/min

Mobilité: \_\_\_\_\_ heures/jour \_\_\_\_\_ à l'effort \_\_\_\_\_ l/min

Remarques: \_\_\_\_\_

Début du traitement: \_\_\_\_\_

## D) Argument pour gaz comprimé

Si la durée de traitement est > 1 mois:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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

10904 Planification des soins

10906 Détermination des besoins en soins

10907 Consultation médicale

10909 Instructions de soins/ conseils

1-2 / par an

1-2 / par an

1-4 / par an

1-4 / par an

1-4 / par an

## F) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur

Date de prescription

E-Mail

Signature & Timbre (incl. No RCC)

(Sélectionner le fichier image)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_