

1

**FORMULAIRE DE PRESCRIPTION**

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

 Première prescription Renouvellement

**CSaiR** sàrl  
CENTRE DE SOINS  
RESPIRATOIRES

**Appareil aérosol****A) Indications générales** (remplir complètement s.v.pl.)

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 NPA / Lieu : \_\_\_\_\_ Canton : \_\_\_\_\_  
 Téléphone/Natel : \_\_\_\_\_ No AVS : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Maladie / Acc. / AI : \_\_\_\_\_  
 Caisse-maladie : \_\_\_\_\_ N° d'assuré : \_\_\_\_\_

**B) Diagnostic principal** s.v.pl. reporter le code : \_\_\_\_\_

<b>00 Maladies pulmonaires obstructives</b> 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme	<b>40 Maladies vasculaires</b> (hypertension pulmonaire)
<b>10 Maladies pulmonaires restrictives</b> (fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc etc.)	<b>50 Maladies cardiaques</b> (coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)
<b>20 Troubles respiratoires du sommeil</b> (OSA, CSA, maladies mixtes)	<b>60 Autres maladies</b> (cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)
<b>30 Maladies neuro-musculaires</b>	<b>90 Autres:</b> _____

**C) Prescription pour :** (veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

<input type="checkbox"/> <b>Appareil aérosol</b>	Médicament	Dosage	Nombre/jour
<input type="checkbox"/> Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde			
<input type="checkbox"/> Masque silicone pour bébé			
Estimation de la durée de la thérapie: < 6 mois <input type="checkbox"/>			
> 6 mois <input type="checkbox"/>			

**D) Prescription pour conseils et soins** (seulement pour appareil d'aspiration!)

Conseils & soins (Contrôle sur place, rapport au médecin)  oui (valable 1 année)  non

**E) Médecins**

Médecin prescripteur: \_\_\_\_\_ Signature + Timbre:  
(incl. N° du concordat)

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

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

**Prescription à :** CSaiR sàrl  
Chemin des Ouches 5  
CH-2072 Saint-Blaise

**Adm. : 032 534 22 41**  
**Soins : 079 523 69 24**  
**Fax : 032 534 21 77**

**info@csair.ch**  
**www.csair.ch**