

4

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie et les limitations LiMA

 Première prescription Renouvellement**Oxygénothérapie de courte durée****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 : _____ No d'assuré : _____

B) Diagnostic principal s.v.pl. reporter le code : _____

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

C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

- Système gaz comprimé: (< 1 mois, plus que 1 mois, s.v.pl. argument sous point D)
 Système oxygène liquide: (< 3 mois, si > 3 mois, remplir s.v.pl. formulaire N° 2)
 Concentrateur: (< 3 mois, si > 3 mois, remplir s.v.pl. formulaire N° 2)

 Limitations LiMA
 voir au verso

Durée: _____ heures/jour Débit O₂ au repos: _____ l/min. Débit O₂ à l'effort: _____ l/Min.
 Mobilité: _____ heures/jour Mobile avec: _____
 (hors du domicile) Valve économiseuse: _____
 Mode d'appl.: Lunettes O₂ Scoop Remarques: _____ Début du traitement: _____

D) Argument pour gaz comprimé

si la durée de traitement est > 1 mois

E) Prescription pour conseils et soins
 Conseils & soins oui (valable 1 année) non
 (Contrôle sur place, rapport au médecin)
F) Médecins

Pneumologue prescripteur : _____ Signature + Timbre : _____
 Date de prescription : _____ (incl. N° RCC)
 Pneumologue responsable : _____

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

Récapitulation des limitations de la liste des moyens et appareils (LiMA), teneur du 01.08.2007 concernant la prescription de gaz comprimé, concentrateur d'oxygène et oxygénothérapie mobile par gaz comprimée. En cas de doutes veuillez vous référer au texte original.

Limitations valables pour bonbonnes d'oxygène comprimé de toutes grandeurs:

- Il sera remboursé au maximum 5 remplissages par mois.
- Pour une durée de traitement supérieure à un mois, uniquement sur prescription médicale et avec garantie préalable de l'assureur.

Limitation pour concentrateur d'oxygène:

- Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois, uniquement sur prescription médicale et avec garantie de l'assureur.

Limitation pour système mobil d'administration d'oxygène comprimé:

- Comprend la location, le remplissage des bonbonnes, le détendeur, la livraison des bonbonnes et la valve économiseuse.
- Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois la garantie préalable de l'assureur est indispensable. Cette garantie est accordée en cas d'hypoxie d'effort isolée.