

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

appareil aérosol & appareil d'aspiration

Première prescription LiMA OPAS7
 Renouvellement de la presc.



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

A) Indications générales (remplir complètement s.v.pl.)

Nom / Prénom: «Patient_Name_Vorname» **Sexe:** «Patient_Geschlecht»
Adresse: «Patient_Strasse» **Date de naissance:** «Patient_Geburtsdatum»
NPA / Lieu: «Patient_PLZ» «Patient_Ortschaft» **Ct:** «Patient_Kanton»
Téléphone/Natel: «Patient_Tel_P» / «Patient_Natel» **N° d'assurance sociale:** «Patient_AHV»
Profession: «Patient_Beruf» **Maladie/Acc./AI:** [*]
Assureur: «Patient_Garant_HT» **N° d'assuré:** «Patient_VersicherteNummer»

B) Diagnostic principal «DiagnoseCodeBezeichnung»

00 Maladies pulmonaires obstructives 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme	40 Maladies vasculaires (hypertension pulmonaire)
10 Maladies pulmonaires restrictives (fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)	50 Maladies cardiaques (coeur 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: (veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

<input type="checkbox"/> Appareil aérosol <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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Médicament</th> <th>Dosage</th> <th>Nombre/jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Médicament	Dosage	Nombre/jour																					
	Médicament	Dosage	Nombre/jour																								
<input type="checkbox"/> Appareil IPPB (pressure-volume-breathing) Utilisation p.ex. lors de maladies neuro-musculaires, scoliose, tétraplégie, Pectus excavatum et autres.																											
<input type="checkbox"/> Appareil d'aspiration pour voies respiratoires Début du traitement: _____																											

D) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile (selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 1.1.2015) oui non

Seuil de référence en minutes	<u>Thérapie d'inhalation</u>	<u>Thérapie d'inhalation</u>
	<u>1ère année:</u>	<u>années suivantes:</u>
	120 minutes	60 minutes
	<u>Aspiration</u>	<u>Aspiration</u>
1) Facturation selon besoin effectif /prestation. 2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires. 3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.	<u>1ère année:</u>	<u>années suivantes:</u>
	180 minutes	90 minutes

E) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur: «Name_verordn_Arzt» Signature + Timbre:
 «Strasse_verordn_Arzt» «PLZ_Ort_verordn_Arzt» (incl. N° RCC)
 «Fax_verordn_Arzt»
 Date de prescription: _____
 Médecin traitant: «Hausarzt»

Prescription à: «Mandant_Zeile1» «Mandant_Zeile2», «Mandant_Zeile3», «Mandant_Zeile4» (Nr. Fax «Mandant_Telefax»)