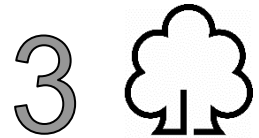


FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Thérapie CPAP / Soin

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»

20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes)	50 Maladies cardiaques (Coeur pulmonaire, malform. card., insuffisance card.)
30 Maladies neuro-musculaires	90 Autres maladies: _____

C) Examens

Diagnostic:	Index:	sans CPAP:	avec CPAP:
<input type="checkbox"/> Oxymétrie	Nombre de désaturations / heure:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Polygraphie / PSG	Index d'apnées/hypopnées:	«AHI_Beginn»	«AHI_Aktuell»

D) Prescription de l'appareil et des consommables

Prestation désirée: «Miete_Kauf» (achat possible après 12 mois au plus tôt)

Système: _____ Pression(min/max) _____
 «Modell» «Druck»

Consommables:

<input type="checkbox"/> Masque nasal	Modèle: «Maske»	Taille: _____
<input type="checkbox"/> Masque fullface	Modèle: [*]	Taille: _____
Attelle	Modèle: _____	
Humidificateur	Modèle: _____	
<input type="checkbox"/> Autres	[*]	

E) 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>1ère année:</u>	<u>Années suivantes:</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.	140 minutes	80 minutes

F) Dispositif pour le contrôle de l'évolution oui non

Contrôle de la compliance après 1-3 mois, resp. dès 2^{ème} année (valable 1 année)
(préparation des données, rapport au médecin)

G) Médecin prescripteur

Pneumologue prescripteur : _____
 «Name_verordn_Arzt»
 «Strasse_verordn_Arzt» «PLZ_Ort_verordn_Arzt»
 «Fax_verordn_Arzt»

Signature + Timbre: _____
(incl. N° RCC)

Début du traitement: _____

Date de prescription: _____

Pneumologue responsable: _____

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