

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

oxygénothérapie de courte durée / Soin

Première prescription

Renouvellement de la presc.

LiMA OPAS7



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

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 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 O ₂ au repos: _____ l/min.	Débit O ₂ à l'effort: _____ l/Min.
Mobilité: _____ heures/jour (hors du domicile)	Mobile avec: <input type="checkbox"/> portables (gaz liquide) <input type="checkbox"/> petite bonbonne O ₂	Valve économiseuse: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mode d'appl.: _____	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

(selon accord supplétif Ligue pulmonaire/Assureurs du 1.1.2015)

 oui non

Seuil de référence en minutes		
1) Facturation selon besoin effectif /prestation.	<u>1ère année:</u>	<u>Années suivantes:</u>
2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.	300 minutes	150 minutes
3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.		

F) Médecins

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

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

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 valable 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.