

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

oxygénothérapie de courte durée/Soin

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

Première prescription
Renouvellement de la presc.
(À remplir par la Ligue)
LiMA OPAS 7

4


LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

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

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| Nom/Prénom _____ | Sexe _____ |
| Adresse _____ | Date de naissance _____ |
| NPA/Lieu _____ | Ct _____ |
| Téléphone/Natel _____ | N° d'assurance sociale _____ |
| Profession _____ | Maladie/Acc./AI _____ |
| Assureur _____ | N° d'assuré _____ |

B) Diagnostic principal

00 Maladies pulmonaires obstructives

01 bronchite chronique, emphysème
02 asthme

10 Maladies pulmonaires restrictives

(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuro-musculaires

s.v.pl. reporter le code

40 Maladies vasculaires

(hypertension pulmonaire)

50 Maladies cardiaques

(coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

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 _____ | Début du traitement _____ |
| Mode d'appl. _____ | Valve économiseuse _____ | |
| | Remarques _____ | |

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 01.01.2015)

oui non

Seuil de référence en minutes

- Facturation selon besoin effectif/prestation.
- La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.
- En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.

1ère année:
300 minutes

Années suivantes:
150 minutes

F) Médecins

Médecin prescripteur _____

Date de prescription _____

Médecin traitant _____

Signature + Timbre (incl. No RCC)

Prescription à _____

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 et concentrateur mobile.
- 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.