

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Suivi post COVID



A) Données administratives

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 et secondaires

C) Clinique et comorbidités

Dyspnée (repos / effort / mixte) :

Symptômes dépressifs

Toux

Hypertension artérielle

Expectorations

Maladie cardiovasculaire

BMI :

Diabète

Tabagisme

Prescription

Oxygénothérapie

Réhabilitation respiratoire

Désencombrement bronchique

Activités sociales /isolement

Suivi oxymétrique

Suivi psychologique – psychothérapeutique

Soutien psychothérapeutique

Suivi assistance social

Enseignement aux thérapies inhalées

Suivi diététique

Gestion de la dyspnée

Consultations stop-tabac

Éducation ventilatoire

D) Prescripteur

Médecin ou infirmier(e)

Signature + Timbre (inclus n° RCC)

prescripteur :

Date de prescription :

Médecin-traitant :

Pneumologue-traitant :

Prescription à : Ligue pulmonaire neuchâteloise
032 720 20 50
info@lpne.ch



LIGUE PULMONAIRE NEUCHATELOISE
Respirons ensemble !