

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Thérapie CPAP/Soin

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

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

# 3

  
**LUNGENLIGA**  
**LIGUE PULMONAIRE**  
**LEGA POLMONARE**

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

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

### B) Diagnostic principal

**20 Troubles respiratoires du sommeil**  
(OSA, CSA, maladies mixtes)

**30 Maladies neuro-musculaires**

s.v.pl. reporter le code

**50 Maladies cardiaques**

(Coeur pulmonaire, malform. card., insuffisance card.)

**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: _____	_____	_____

### D) Prescription de l'appareil et des consommables

Prestation désirée: \_\_\_\_\_ (achat possible après 12 mois au plus tôt)

Systeme \_\_\_\_\_ Pression (min/max) \_\_\_\_\_

#### Consommables

<input type="checkbox"/> Masque nasal	Modèle _____	Taille _____
<input type="checkbox"/> Masque fullface	Modèle _____	Taille _____
<input type="checkbox"/> Humidificateur	Modèle _____	
<input type="checkbox"/> Autres	_____	

### 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:**  
140 minutes

**Années suivantes:**  
80 minutes

### F) Dispositif pour le contrôle de l'évolution

oui  non

Contrôle de la compliance après 1-3 mois, resp. dès 2<sup>ème</sup> année (valable 1 année)  
(préparation des données, rapport au médecin)

### G) Pneumologue prescripteur

**Pneumologue prescripteur/  
Centre de médecine du  
sommeil prescripteur** \_\_\_\_\_

Début du traitement \_\_\_\_\_

Date de prescription \_\_\_\_\_

**Pneumologue responsable** \_\_\_\_\_

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Prescription à \_\_\_\_\_