

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## appareil aérosol & appareil d'aspiration

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 ☐

# 1

**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° Cada	_____

### 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

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

#### 60 Autres maladies

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

#### 90 Autres

### C) Prescription pour

(veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

- ☐ Appareil aérosol
- ☐ Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde
- ☐ Masque silicone pour bébé

☐ Appareil d'aspiration pour voies respiratoires

Début du traitement \_\_\_\_\_

Médicament	Dosage	Nombre/Jour

### D) 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.

**Thérapie d'inhalation**  
**1ère année: 120 minutes**

**Thérapie d'inhalation**  
**années suivantes: 60 minutes**

**Aspiration 1ère année:**  
**180 minutes**

**Aspiration années suivantes:**  
**90 minutes**

### E) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Date de prescription

Médecin traitant

Prescription à