

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

oxygénothérapie continue de longue durée / Soins

Première prescription

Renouvellement

(À remplir par la Ligue)

LIMA ☒

OPAS 7 ☒

Page 1/2



Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie

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

Nom / Prénom: _____	Date de naissance: _____
Adresse: _____	Sexe: _____
NPA / Lieu: _____	Assureur: _____
Téléphone: _____	N° d'assurance sociale: _____
Email: _____	Maladie/Acc./AI: _____
Profession: _____	N° Cada: _____

B) Diagnostic principal :

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 (cœur 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	70 Algies vasculaires de la face
90 Autres: _____	

C) Valeurs mesurées (sauf pour Algie vasculaire de la face et Syndrome d'apnées centrales du sommeil)

Mesures en conditions cliniques stables	Date:	SpO ₂ %:	PaO ₂ mmHg:	PaCO ₂ mmHg:
1. Au repos sans O ₂				
2. Au repos sous O ₂ : _____ L/min À remplir si hypercapnie				
3. La nuit sans O ₂ :		SpO ₂ moyenne: _____		
		Type de test:	SpO ₂ au nadir:	Effort fourni:
4. Test d'effort standardisé sans O ₂				
5. Test d'effort standardisé sous O ₂ () L/min				

D) Prescription du système de thérapie

Concentrateur fixe		Concent. mobile		Oxygène liquide	Gaz comprimé fixe		Gaz mobile
Débit O ₂ L/min: _____	Position: _____	Débit O ₂ L/min: _____	à l'effort: Position: _____	Débit O ₂ la nuit: L/min : _____	Durée (heures / jour): _____	Mobilité _____ heures/jours (avec O ₂ hors du domicile)	
Justification pour O ₂ liquide: _____							
Justification pour système mobile: _____							
Remarque: _____							

E) Prescription de conseil et soins ambulatoire ou à domicile

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

F) Médecin prescripteur-rice

Médecin prescripteur-rice: _____	Signature + Timbre: _____
Spécialité FMH: _____	(incl. N° RCC)
Adresse: _____	
Téléphone: _____	
Début du traitement: _____	
Date de prescription: _____	
Médecin de famille: _____	
Pneumologue responsable: _____	

Prescription à:

Ligue pulmonaire vaudoise, Avenue de Provence 4, 1007 Lausanne
Tel: 021 623 38 00 Fax: 021 623 38 10, Mail: oxygene@lpvd.ch

Extraits de la Liste des moyens et appareils (LiMA), qui définit les critères de remboursement par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (modifications du 01.04.2022)

Oxygénothérapie continue de longue durée

Pour atteindre le but visé par la thérapie (diminution de l'hypertension artérielle pulmonaire, augmentation de l'espérance de vie), une administration d'oxygène, généralement à faible dosage, d'au moins 16 heures par jour est nécessaire.

Indication

L'oxygénothérapie est fournie conformément aux directives thérapeutiques actuelles fondées sur des données probantes. La condition préalable à la prise en charge des coûts est le diagnostic d'une algie vasculaire de la face ou d'un déficit en oxygène établi par des méthodes appropriées (valeurs adaptées à l'âge).

Choix du système

Différents systèmes ou des combinaisons de ceux-ci peuvent être efficaces, appropriés et économiques en fonction de la situation individuelle (indication de l'oxygénothérapie, durée du traitement quotidien, quantité d'oxygène supplémentaire nécessaire à l'effort, situation du logement, évolution de la mobilité en dehors du domicile).

Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé est obsolète et ne répond absolument pas au principe d'économicité. Pour les traitements de courte durée, pour le traitement à long terme des crises d'algie vasculaire de la face et pour les soins dispensés par des équipes mobiles, dans le cadre d'une oxygénothérapie de longue durée, à des patient-e-s pédiatriques présentant de très faibles besoins en oxygène, les bouteilles d'oxygène comprimé peuvent toujours être utilisées.

Garantie de prise en charge

Dans certaines situations (p. ex. avant le début du traitement à l'oxygène liquide ou en cas de combinaison de certains systèmes), une garantie spéciale préalable de l'assureur, qui tiendra compte de la recommandation du médecin conseil, est requise afin de garantir l'économicité du traitement.

S'agissant d'oxygène liquide, pour obtenir la garantie requise avant le début du traitement, il faut présenter un devis pour la fourniture prévue (besoin en oxygène, nombre et taille des réservoirs, fréquence de livraison) afin que l'on puisse en comparer l'économicité et l'adéquation par rapport à d'autres systèmes.

Matériel à usage unique

Par année et par assuré-e, le matériel à usage unique relatif à une seule position est pris en charge, quel que soit le nombre des systèmes d'oxygène utilisés. Un changement de forfait en cours d'année est possible, par exemple en cas de modification du traitement. Les personnes qui utilisent la position du consommable pour un besoin d'oxygène à l'effort de 6 l/min et plus doivent aussi utiliser une source ou un système d'oxygène de puissance correspondante (gaz liquide, concentrateur fixe à haut débit d'oxygène ou gaz comprimé en cas d'algie vasculaire de la face).

REMARQUE DE LA LIGUE PULMONAIRE

Les directives thérapeutiques actuelles mentionnées dans la LiMA au chapitre Indication sont les lignes directrices de la Société suisse de pneumologie (version du 28.08.2006), qui retient notamment les indications suivantes:

1. Patient-e-s atteint-e-s d'hypoxémie artérielle chronique secondaire à une maladie pulmonaire chronique et dans un état clinique stable:
 $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}/7,3 \text{ kPa}$. Une hypercapnie simultanée ne constitue en principe.
 Pas de contre-indication pour une oxygénothérapie à domicile, à condition que tout risque de dépression respiratoire induite par l'oxygène ait été exclu.
2. Patient-e-s atteint-e-s de polyglobulie secondaire et/ou présentant les signes de coeur pulmonaire chronique,
 $\text{PaO}_2 \ 55 - 60 \text{ mmHg}/7,3 - 8,0 \text{ kPa}$.
3. Patient-e-s atteint-e-s d'hypoxémie de longue durée dans les situations suivantes:
 - 3.1 hypoxémie principalement induite par l'effort, $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}/7,3 \text{ kPa}$ ou saturation d' $\text{O}_2 < 90\%$ avec la preuve d'une meilleure tolérance à l'effort sous respiration d'oxygène;
 - 3.2 syndrome des apnées centrales du sommeil (p.ex. respiration de Cheyne-Stokes) avec désaturations répétées comme alternative à la ventilation non invasive.