

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° Cada | _____ |

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

(Cœur 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 un essai thérapeutique concluant de 3 mois de location)

Système _____ 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

Contrôle de la compliance après 1-3 mois, resp. dès 2^{ème} 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
