

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.p.)

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.p. reporter le code

50 Maladies cardiaques

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

90 Autres maladies _____

C) Examens

Diagnostic: Index: sans CPAP: avec CPAP:
 Oxymétrie Nombre de désaturations/heure: _____ _____
 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

Masque nasal Modèle _____ Taille _____
 Masque fullface Modèle _____ Taille _____
 Humidificateur Modèle _____
 Autres _____

E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile (selon accord supplémentif Ligue pulmonaire/Assureurs du 01.01.2015)

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:
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

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Début du traitement _____

Date de prescription _____

Pneumologue responsable _____

Prescription à
