

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

oxygénothérapie de courte durée / Soins

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie

Première prescription

Renouvellement

(À remplir par la Ligue)

LiMA

OPAS 7

Page 1/2



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

Nom / Prénom: _____
Adresse: _____
NPA / Lieu: _____
Téléphone: _____
Email: _____
Profession: _____

Date de naissance: _____
Sexe: _____
Assureur: _____
N° d'assurance sociale: _____
Maladie/Acc./AI: _____
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
(coeur 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) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

Concentrateur fixe

Concent. mobile

Oxygène liquide

Gaz comprimé fixe

Gaz mobile

(max. pour 3 mois, si thérapie prévue au-delà de 3 mois, veuillez svp utiliser le formulaire de prescription n°2):

Débit O ₂ au repos: _____	L/min: _____	Débit O ₂ à l'effort: _____	L/min: _____	Débit O ₂ la nuit: _____	L/min: _____	Durée (heures / jour): _____	Mobilité _____ heures/jours (avec O ₂ hors du domicile)
--------------------------------------	--------------	--	--------------	-------------------------------------	--------------	------------------------------	--

Remarque: _____

D) Prescription de conseil et soins ambulatoire ou à domicile

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:

300 minutes

Années suivantes:

150 minutes

E) Médecins

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

Récapitulation des limitations de la liste des moyens et appareils (LiMA), teneur du 01.04.2022 concernant la prescription de gaz comprimé, concentrateur d'oxygène.

En cas de doutes, veuillez vous référer au texte original.

Pour les bouteilles d'oxygène comprimé (toutes tailles) :

- Au maximum 5 remplissages par mois sont remboursés.
- Pour une durée de traitement supérieure à 6 mois, une garantie préalable de l'assureur est nécessaire. Il figure dans la LiMA que "Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé est obsolète et ne répond absolument pas aux principes d'économicité". Sauf situation exceptionnelle à justifier, les systèmes avec concentrateur d'O2 ou Oxygène liquide sont donc à préférer.)

Pour concentrateur d'oxygène, fixe et portable :

- Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois, une garantie de prise en charge de l'assureur est nécessaire sur justification médicale.
- En cas de thérapie avec un concentrateur de location à haut débit d'oxygène (>6L/min), une garantie de prise en charge préalable de l'assureur est nécessaire sur justification médicale.

En cas de traitement dépassant 3 mois, nous vous prions d'utiliser le formulaire de prescription no 2, qui contient une demande de garantie de prise en charge par l'assurance maladie.