

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive/
Soins

Première prescription
Renouvellement de la presc.

5

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE



S'applique à toutes les personnes qui ne sont pas assurées auprès de la SVK.

LiMA OPAS 7

A) Indications générales (remplir complètement svp)

Langue DE FR IT

Nom/Prénom _____
Rue, N° _____
NPA/Lieu _____
Tél./port. _____
E-mail _____

Date de naissance _____
Assurance-invalidité Oui Non
N° ID _____
N° d'assuré _____
Assureur-maladie _____

Demande Premier appareil/première ordonnance
 Deuxième appareil

Changement de l'appareil :
Appareil : Âge > 5 ans Défaut

B) Diagnostic

Code du diagnostic secondaire :

10 Neuropathies	22 Dystrophie myotonique de Steinert	34 Déformation post-traumatique	62 Bronchectasies
11 Tétraplégie	23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires	40 Hypoventilation alvéolaire primaire	63 Mucoviscidose
12 Sclérose latérale amyotrophique	30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires	41 congénitale	70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil
13 Paralysie diaphragmatique bilatérale	31 Cyphoscoliose	42 late onset	71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe
14 Syndrome post-poliomyélite	32 Remaniements cicatriciels de la plèvre	50 Syndrome obésité-hypoventilation	72 Respiration de Cheyne-Stokes
15 Amyotrophie spinale	33 Status post résection pulmonaire étendue	60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives	99 non défini/autres
20 Myopathies		61 BPCO avancée stable	
21 Dystrophie musculaire de Duchenne			

C) Données en matière de ventilation à domicile non invasive invasive

Durée de la respiration de nuit, nombre d'heures prescrites _____
 de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures _____

24h sans interruption
 début du traitement

Appareil : marque, modèle _____ N° de série _____

Position LiMA _____

Début du traitement (sortie de l'hôpital) _____

Humidificateur/accessoires intégré séparé Masque _____

Marque, modèle _____ Taille _____

Fournisseur _____ Ligue pulmonaire _____

L'instruction et l'ajustement initiaux par la Ligue pulmonaire oui

Divers Batterie externe Câble d'alarme à distance Mallette de l'appareil Fixation Mentonnière
 Sangle de tête Adaptateur O₂ Support Système de flexibles climatisé

Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge (optionnel) oui (voir page 2)

D) Prescription de conseils 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 9 mois, elle se reconduit automatiquement pour 3 mois supplémentaires. 3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.	Trouble respiratoire pendant le sommeil 1ère année : 200 minutes années suivantes : 120 minutes	Insuffisance ventilatoire 1ère année : 420 minutes années suivantes : 270 minutes
---	--	--

E) Médecin prescripteur-trice

Médecin prescripteur trice _____ Timbre/signature incl. N° RCC

Début du traitement _____

Date de la prescription _____

Médecin de famille _____

Pneumologue – _____

poursuite du traitement

Prescription à envoyer à _____
VD Ligue pulmonaire vaudoise, Avenue de Provence 4, 1007 Lausanne
Tel: 021 623 38 00 Fax: 021 623 38 10, Mail: info@lpvd.ch