

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de courte durée

- Première prescription
 Renouvellement de la prescription



Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP) et les limitations LiMA)

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

Nom / Prénom: _____	Sexe: _____
Adresse: _____	Date de naissance: _____
NPA / Lieu: _____ Ct: _____	No AVS: _____
Téléphone / Natel: _____	Assurance Invalidité: _____
Profession: _____	CM-No membre: _____
Caisse-maladie: _____	Section: _____

B) Diagnostique principal _____ s.v.pl. reporter le code:

00 Maladies pulmonaires obstructives 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme	40 Maladies vasculaires (hypertension pulmonaire)
10 Maladies pulmonaires restrictives (fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc etc.)	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	90 Autres: _____

C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

Système gaz comprimé: (< 1 mois, plus que 1 mois, s.v.pl. argument sous point D) _____

Système oxygène liquide: (< 3 mois, si > 3 mois, remplir s.v.pl. formulaire N° 2)

Concentrateur: (< 3 mois, si > 3 mois, remplir s.v.pl. formulaire N° 2)

Durée: _____ heures/jour	Débit O ₂ au repos: _____ l/min.	Débit O ₂ à l'effort: _____ l/Min.
Mobilité: _____ heures/jour (hors du domicile)	Mobile avec bouteille: _____ Mobile avec portable (O ₂ liquide) _____	
Mode d'appl.: _____	Remarques: _____	Début du traitement: _____

D) Argument pour gaz comprimé

si la durée de traitement est > 1 mois

E) Prescription pour conseils et soins

Conseils & soins (Contrôle sur place, rapport au médecin) oui (valable 1 année) non

F) Médecins

Médecin prescripteur: _____	Signature + Timbre (incl. N° du concordat)
Date de prescription: _____	
Début du traitement: _____	
Médecin traitant: _____	

Prescription à faxer à : PROTEC MEDICAL 022.789.21.42