

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Oxygénothérapie continue de longue durée

- Première prescription  
 Renouvellement de la prescription



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

<b>A) Indications générales</b> (remplir complètement s.v.pl.)	
Nom / Prénom: _____	Sexe: _____
Adresse: _____	Date de naissance: _____
NPA / Lieu: _____	No AVS: _____
Téléphone / Natel: _____	Police n° : _____
Profession: _____	CM-No membre: _____
Caisse-maladie: _____	Section: _____

<b>B) Diagnostic principal</b> _____ s.v.pl. reporter le code:	
<b>00 Maladies pulmonaires obstructives</b> 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme	<b>40 Maladies vasculaires</b> (hypertension pulmonaire)
<b>10 Maladies pulmonaires restrictives</b> (Fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc etc.)	<b>50 Maladies cardiaques</b> (Coeur pulmonaire, malformation card. insuffisance card.)
<b>20 Troubles respiratoires du sommeil</b> (OSA, CSA, maladies mixtes)	<b>60 Autres maladies</b> (cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)
<b>30 Maladies neuro-musculaires</b>	<b>90 Autres:</b> _____

<b>C) Examens obligatoires</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Symptôme de cœur pulmonaire chronique	
Fonctions pulmonaires (% valeur théorique)	CV: _____ %	FEV1: _____ %	
Labo <input type="checkbox"/> en mm HG <input type="checkbox"/> en kPa	Hémoglobine: _____ g%	Hématocrite: _____ g%	
Gaz sanguins: (sous conditions cliniques stables)	<u>Date:</u>	<u>PaO<sub>2</sub>:</u>	<u>PaCO<sub>2</sub>:</u>
(1) au repos (sans O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____
(2) au repos (après > 30 minutes O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____
(3) test d'effort standardisé (sans O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____
(4) test d'effort standardisé (avec O <sub>2</sub> ) (3) et (4) obligatoire en cas de prescription d'oxygène liquide	_____	_____	_____

<b>D) Prescription pour thérapie avec</b> <input type="checkbox"/> <b>Système d'oxygène liquide</b> <input type="checkbox"/> <b>Concentrateur d'oxygène</b>		
Durée: _____ heures / jour	Débit O <sub>2</sub> au repos: _____ l/min	Débit O <sub>2</sub> à l'effort: _____ l/min
Mobilité: _____ heures / jour (hors du domicile)	Portable O <sub>2</sub> liquide : Continue / Discontinue	Bouteille O <sub>2</sub> de déambulation 2L: oui / non
Humidification : oui / non	Bouteille oxygène gazeux 10L :	

<b>E) Prescription pour conseils et soins</b>	
Conseils & soins (Contrôle sur place, rapport au médecin)	<input type="checkbox"/> oui (valable pour 1 année) <input type="checkbox"/> non

<b>F) Médecins</b>	
Pneumologue prescripteur: _____	Signature + Timbre: (incl. N° du concordat)
Date de la sortie d'hôpital: _____	
Date de prescription: _____	
Médecin traitant: _____	
Pneumologue responsable: _____	

Protec Médical 3 rue François Bellot 1206 Genève  
Tél : 022.789.21.43

Prescription à faxer à : **PROTEC MEDICAL 022.789.21.42**

## **Oxygénothérapie continue de longue durée:**

Pour atteindre le but visé par la thérapie (diminution de l'hypertension artérielle pulmonaire, décharge de la musculature respiratoire par diminution du rythme respiratoire suite à l'apport d'oxygène, amélioration de l'oxygénation des organes, amélioration de l'état général, augmentation de l'espérance de vie), une administration d'oxygène d'au moins 16 heures par jour est nécessaire.

Une oxygénothérapie de longue durée présuppose un examen préalable correct et la pose d'une indication par des médecins spécialistes ; elle nécessite une instruction et un suivi par du personnel auxiliaire spécialisé.

Il existe plusieurs systèmes d'oxygénothérapie équivalents quant à leur efficacité thérapeutique. Selon la consommation, le moment de l'utilisation et l'exigence de mobilité, il convient de choisir à chaque fois le système le plus économique

Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé n'est en règle générale obsolète et contraire au principe d'économicité.

Conformément aux lignes directrices de la Société suisse de pneumologie (version du 28.08.2006), les indications suivantes sont notamment valables :

1. Patients atteints d'hypoxémie artérielle chronique secondaire à une maladie pulmonaire chronique et dans un état clinique stable :  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mm Hg}/7,3 \text{ kPa}$ . Une hypercapnie simultanée ne constitue en principe pas de contre-indication pour une oxygénothérapie à domicile, à condition que tout risque de dépression respiratoire induite par l'oxygène ait été exclu.
2. Patients atteints de polyglobulie secondaire et/ou présentant les signes de cœur pulmonaire chronique,  $\text{PaO}_2 55\text{-}60 \text{ mm Hg}/7,3\text{-}8,0 \text{ kPa}$
3. Patients atteints d'hypoxémie de longue durée dans les situations suivantes :
  - 3.1. hypoxémie principalement induite par l'effort,  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mm Hg}/7,3 \text{ kPa}$  ou saturation d' $\text{O}_2 < 90\%$  avec la preuve d'une meilleure tolérance à l'effort sous respiration d'oxygène ;
  - 3.2. syndrome des apnées centrales du sommeil (p.ex. respiration de Cheyne-Stokes) avec désaturations répétées comme alternative à la ventilation non invasive.

## **Limitations en cas d'oxygénothérapie continue de longue durée (selon LiMA):**

Diagnostic confirmé de maladie chronique des poumons ou des voies respiratoires avec hypo-oxygénation prolongée. Les bases de la prescription sont les lignes directrices de la Société suisse de pneumologie (version du 28.08.2006). La limitation est associée aux conditions suivantes:

- pose de l'indication et prescription par un pneumologue FMH
- analyses répétées des gaz du sang au cours de dernier trimestre qui précède le dépôt de la demande, exécutées au repos dans des conditions cliniquement stables
- examen de la fonction respiratoire par spirométrie durant le mois qui précède la demande
- chez l'enfant de  $< 7$  ans, l'examen de la fonction respiratoire est facultatif, et les analyses des gaz du sang peuvent être remplacées par des méthodes de mesure non invasives (p. ex. détermination transcutanée de  $\text{O}_2$  et  $\text{CO}_2$ )
- l'autorisation de remboursement est valable 12 mois au maximum
- en cas de demande de renouvellement de la garantie de remboursement, l'indication et les conditions de traitement seront examinées comme s'il s'agissait d'une première demande
- le manque de collaboration du patient constitue aussi un motif de refus d'octroi de l'autorisation. Si une nouvelle demande de garantie de remboursement est présentée après un tel refus, un avis positif du médecin qui pose l'indication sera remis à l'assureur en ce qui concerne la collaboration du patient.

## **Pour une oxygénothérapie à oxygène liquide en supplément:**

- mobilité avec sortie quotidienne de plusieurs heures à l'extérieur du domicile de l'assuré
- examen clinique; les mesures de l'oxygène effectuées sous charges standardisées (analyses des gaz sanguins ou oxymétrie transcutanée) datant du mois précédant la demande, avec et sans apport d'oxygène et l'évaluation de l'observance thérapeutique prouvent que l'apport en oxygène supplémentaire permet d'obtenir la mobilité nécessaire
- si, en raison de changements de situation, les conditions de mobilité mentionnées ne sont plus réunies, la prise en charge des coûts n'est plus garantie même si le délai d'autorisation de 12 mois au maximum n'est pas arrivé à échéance
- un médecin-conseil de l'assureur doit avoir autorisé la thérapie