

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Aérosolthérapie

imprimer

- Première prescription  
 Renouvellement



Mieux Respirer, Mieux Dormir

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

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

Nom / Prénom :	_____	Sexe :	_____
Adresse :	_____	Date de naissance :	_____
NPA / Lieu :	_____	Canton :	_____
Téléphone / Natel :	_____	N° AVS :	_____
Profession :	_____	Maladie / Acc. / AI :	_____
Assureur :	_____	N° d'assuré :	_____

### B) Diagnostic principal (merci de noter le code ici : .....)

<b>00 Maladies pulmonaires obstructives</b>	<b>40 Maladies vasculaires</b> (hypertension pulmonaire)
01 bronchite chronique, emphysème	<b>50 Maladies cardiaques</b>
02 asthme	(cœur pulmonaire, malformation card. insuffisance card.)
<b>10 Maladies pulmonaires restrictives</b>	<b>60 Autres maladies</b>
(Fibrose, pneumoconiose, silicose, post-tabac)	(Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv. Dysplasie bronch.)
<b>20 Troubles respiratoires du sommeil</b>	<b>90 Autres</b>
(OSA, CSA, maladies mixtes)	
<b>30 Maladies neuromusculaires</b>	

### C) Prescription pour

Appareil aérosol

Estimation de la durée de la thérapie :

≤ 90 jours     > 90 jours

Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde

Masque silicone pour bébé

Appareil d'aspiration pour voies respiratoires  
Début du traitement

Médicament

Dosage

Nombre/Jour

### E) Prestations de conseils et soins

Conseils et éducation thérapeutique

(Contrôle sur place, rapport au médecin)

oui (valable 1 année)

non

### F) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

Date de début de traitement : \_\_\_\_\_

Date de la prescription : \_\_\_\_\_

Date de sortie d'hôpital : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Pneumologue responsable : \_\_\_\_\_

Signature + Timbre avec  
N° du concordat

**Prescription à envoyer à :** ProDorm, Faubourg de l'hôpital 81, 2000 Neuchâtel.

Tel. : 032 720 36 54 courriel: [contact@prodorm.ch](mailto:contact@prodorm.ch)