

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de courte durée

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 :)

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

C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée COCHER LE SYSTEME PRESCRIT

- ☐ Système gaz comprimé (uniquement si inférieur à 1 mois, sinon argumenter sous la partie D)
- ☐ Système oxygène liquide (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- ☐ Système de concentrateur (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)

Durée : _____ heures / jour Débit O₂ au repos : _____ l/min Débit O₂ à l'effort : _____ l/min

Mobilité : _____ heures / jour
(hors du domicile)

Valve économiseuse: _____

Début du traitement: _____

Mobile avec:

Mode d'appl. :

Remarques :

D) Argument pour système de gaz comprimé supérieur à 1 mois

E) Prestations de conseils

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