

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de longue 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) Examens obligatoires oui non (Symptôme de cœur pulmonaire chronique)

Fonctions pulmonaires (% valeur théorique)	CV _____ %	FEV1 _____ %
Labo <input type="checkbox"/> en mmHG <input type="checkbox"/> en kPa	Hémoglobine _____ %	Hématocrite _____ %
Gaz sanguins: (sous conditions cliniques stables)	Date: _____ PaO ₂ : _____	PaCO ₂ : _____ SaO ₂ %: _____
(1) au repos (sans O ₂)	_____	_____
(2) au repos (après > 30 minutes O ₂)	_____	_____
(3) test d'effort standardisé (sans O ₂)	_____	_____
(4) test d'effort standardisé (avec O ₂)	_____	_____
(3) et (4) obligatoire en cas de prescription d'oxygène liquide		

D) Prescription pour thérapie avec Système d'oxygène liquide Concentrateur d'oxygène

Durée : _____ heures / jour	Débit O ₂ au repos : _____ l/min	Débit O ₂ à l'effort : _____ l/min
Mobilité : _____ heures / jour (hors du domicile)	Valve économiseuse : _____	Argument pour Valve économiseuse :
Mobile avec: _____	Mode d'appl.: _____	Remarques :

E) Prestations de conseils et soins

Conseils et éducation thérapeutique oui (valable 1 année) non
 (Contrôle sur place, rapport au médecin)

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