

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de courte durée



Première prescription
Renouvellement de la presc.



Données Patient

Nom/Prénom _____ Date de naissance _____
Rue, N° _____ Assurance-invalidité Oui Non
NPA/Lieu _____ Assureur-maladie _____
Téléphone _____ N° d'assuré _____
Tél. Portable _____ N° AVS _____

Diagnostic principal

Choisir le code selon la liste :

00 Maladies pulmonaires obstructives

01 bronchite chronique, emphysème
02 asthme

10 Maladies pulmonaires restrictives

(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuro-musculaires

40 Maladies vasculaires

(hypertension pulmonaire)

50 Maladies cardiaques

(coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

90 Autres _____

Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

- Système gaz comprimé : (uniquement si inférieur à 1 mois, sinon argumenter la zone "Argument pour gaz comprimé")
 Système oxygène liquide : uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire longue durée)
 Concentrateur : (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire longue durée)

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 : _____ Valve économiseuse : _____	Argument pour valve économiseuse : _____
Mode d'appl. _____	Remarques _____	

Argument pour gaz comprimé

si la durée de traitement est > 1 mois

Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

oui non

Médecins

Médecin prescripteur :

Date de début de traitement :

Pneumologue responsable :

Signature + Timbre (incl. No RCC)

Prescription à

Veillez renvoyer la prescription remplie :

SITEX SA

12, chemin des Aulx – 1228 Plan-les-Ouates

Téléphone : (0) 848 11 00 00

Téléfax : (022) 794 85 82