

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie continue de longue durée



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

Première prescription
Renouvellement de la presc.

Données Patient

Nom/Prénom _____	Date de naissance _____
Rue, N° _____	Assurance-invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

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

60 Autres maladies

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

90 Autres _____

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 _____ g/l	Hématocrite _____ %
Gaz sanguins: (sous conditions cliniques stables)	Date: _____	PaO2: _____
(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		

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 (avec O ₂ hors du domicile)	Mobile avec _____ Valve économiseuse _____	Mode d'appl. _____

Remarques _____

Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

oui non

Médecins

Pneumologue prescripteur _____

Début du traitement _____

Pneumologue responsable _____

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

Prescription à

Veuillez renvoyer la prescription remplie :

Email: respiratorycare@sitexsa.ch

SITEX SA

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

Téléphone : (0) 848 11 00 0 0 Téléfax : (022) 794 85 82