

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de **longue durée**

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

☐ Première prescription

☐ Renouvellement



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	
(OSA, CSA, maladies mixtes)	
30 Maladie neuromusculaire	90 Autres : _____

C) Résultats d'examens obligatoires SYMPTÔME DE CŒUR PULMONAIRE CHRONIQUE : ☐ OUI ☐ NON

Fonctions pulmonaires : Date : _____	CV : _____ % valeur théorique	FEV1 _____ % valeur théorique		
Labo : ☐ en mm Hg ☐ En kPa	Hémoglobine : _____ g/l	Hématocrite : _____ %		
Gaz sanguin :	<u>Date</u>	<u>PaO2</u>	<u>PaCO2</u>	<u>SaO2</u>
(Sous conditions cliniques stables)				
(1) au repos / sans O2	_____	_____	_____	_____
(2) au repos après > 30 Min. O2	_____	_____	_____	_____
(3) test d'effort standardisé (sans O2)	_____	_____	_____	_____
(4) test d'effort standardisé (avec O2)	_____	_____	_____	_____
(3) et (4) obligatoire pour l'oxygène liquide				

D) Prescription ☐ OXYGÈNE LIQUIDE ☐ CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE STATIONNAIRE ☐ CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE PORTABLE (POC) MODELE :

Durée : _____ heures / jour	Débit O ₂ au repos : _____ l/min	Débit O ₂ à l'effort : _____ l/min
Mobilité : _____ heures / jour (hors du domicile)	Si POC, position au repos : _____	Si POC, position à l'effort : _____
☐ Lunettes O2	☐ Masque O2	☐ Autre ☐ Système gaz comprimé de secours

E) Prestations de conseils

Conseils et éducation thérapeutique (Contrôle sur place, rapport au médecin)	☐ Oui (valable pour 1 année)	☐ Non
Après 10 mois SOS OXYGÈNE SA vous fera parvenir la demande pour le renouvellement de la prescription.		

F) Médecins

Pneumologue prescripteur : _____	Signature + Timbre avec N° de concordat
Date de début de traitement : _____	
Date de la prescription : _____	
Date de la sortie d'hôpital : _____	
Médecin traitant : _____	
Pneumologue responsable : _____	

Prescription à :

SOS OXYGÈNE SA, Chemin du Lavasson 2, CH -1196 GLAND

Tel. : 022 300 01 00 - Fax : 022 300 10 06 - courriel : medicalsosoxygene@hin.ch