

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Appareil aérosol & Appareil d'aspiration

- Première prescription
 Renouvellement



SOS
OXYGÈNE

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 (veuillez reporter le code)

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

C) Prescription pour: (veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

<input type="checkbox"/> Appareil aérosol <input type="checkbox"/> Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde <input type="checkbox"/> Masque silicone pour bébé Estimation de la durée de la thérapie : < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/>	<table border="1"><thead><tr><th>Médicaments</th><th>Dosage</th><th>Nombre/jour</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Médicaments	Dosage	Nombre/jour																					
Médicaments	Dosage	Nombre/jour																							
<input type="checkbox"/> Appareil IPPB (pressure-volume-breathing) Utilisation p.ex. lors de maladies neuro-musculaires, scoliose, Tétraplégie, Pectus excavatum et autres.																									
<input type="checkbox"/> Appareil d'aspiration pour voies respiratoires Début du traitement :																									

D) Prestations de conseils

oui non

Conseils et éducation thérapeutique
(contrôle sur place, rapport au médecin)

E) Médecin prescripteur

Signature + Timbre avec N° du concordat

Médecin prescripteur : _____

Date de prescription : _____

Médecin traitant : _____

Prescription à envoyer 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