

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Ventilation mécanique à domicile

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 (merci de noter le code)

Code principal :

Code secondaire :

#### 10 Neuropathies

- 11 Tétraplégie
- 12 Sclérose latérale amyotrophique
- 13 Paralyse Diaphragmatique bilatérale
- 14 Syndrome post-poliomyélite
- 15 Amyotrophie spinale

#### 20 Myopathies

- 21 Dystrophie musculaire de Duchenne
- 22 Dystrophie myotonique de Steinert
- 23 Myopathies congénitales, métaboliques, Inflammatoires

#### 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires

- 31 Cyphoscoliose
- 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre
- 33 Status post résection pulmonaire étendue
- 34 Déformation post-traumatique

#### 40 Hypoventilation alvéolaire primaire

- 41 Congénitale
- 42 Révélation tardive

#### 50 Syndrome d'obésité-hypoventilation

#### 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives

- 61 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- 62 Bronchectasies
- 63 Fibrose kystique

#### 70 Syndrome des apnées centrales du sommeil\*

- 71 Syndrome complexe des apnées du sommeil
- 72 Respiration de Cheyne-Stokes\*

\*Kw : nouvelle limitation dès 18.05.2015

#### 99 Autres \_\_\_\_\_

### C) Ventilation et réglages

Indications concernant la ventilation mécanique à domicile :  non invasive  invasive

Durée de la ventilation :  nuit  nuit + partiellement par jour  en continu 24h sur 24 Nombre d'heures : \_\_\_\_\_

Appareil attribué (marque/modèle) : \_\_\_\_\_ Humidificateur :  OUI  NON

Mode:  Bi-Level PAP-ST  PSV  PCV  VCV  CS/ASV  In-Exsufflation  Bi-Level-PAP-S

Paramètres	Ai	Ai min	Ai max	Vt	
	Pinsp	Pinsp min	Pinsp max	Pente Inspi	
	Pep	Pep min	Pep max	Pente Expi	
	Fréq	Fréq min	Ti	Ti min	Ti max
	Débit	I/E	Autres		

Interface:	<input type="checkbox"/> Masque nasal	<input type="checkbox"/> Masque narinaire	<input type="checkbox"/> Masque facial	<input type="checkbox"/> Embout buccal	<input type="checkbox"/> Canule
Modèle :					
Taille :					

Début du traitement : .....

### D) Résultats d'examens importants

Fonctions pulmonaires : Date : ..... CV : ..... % théorique VEMS : ..... % théorique

Laboratoire : Hémoglobine : ..... g% Hématocrite : ..... %

Gaz sanguin : en :  mmHg  kPa Date PaO2 PaCO2 pH

(en conditions cliniques stables)

au repos / avant traitement

après ≥ 30 min d'assistance ventilatoire

Données de l'exploration du SAS (chez les patients suivant un traitement des apnées du sommeil):

sans CPAP avec CPAP

Index d'apnées/hypopnées :

Nombre de désaturations / heure (≥ 4% SaO2):

### E) Prestations de service

Conseils et éducation thérapeutique  Oui (valable pour une année)  Non

(Contrôle sur place, rapport au médecin)

Après 10 mois, SOS OXYGENE SA enverra automatiquement une demande de prolongation de l'ordonnance.

### F) Médecins

1 Médecin prescripteur : ..... Signature + Timbre avec N° du concordat

Centre prescripteur : .....

Date de la sortie d'hôpital : .....

Date de la prescription : .....

2 Médecin traitant : .....

3 Pneumologue responsable des contrôles (oxymétrie / polygraphie) : .....

Prescription à envoyer à :

SOS OXYGENE SA, Chemin du Lavasson 2, CH -1196 GLAND Tel : 022 300 01 00 - Fax : 022 300 10 06 - courriel: [medicalsosoxygene@hin.ch](mailto:medicalsosoxygene@hin.ch)