

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

In-/ Exsufflateur mécanique

Première prescription
Renouvellement



Selon les lignes directrices de la société de Pneumologie SSP

A) Indications générales ♦remplir complètement s.v.p.

Nom / Prénom: _____ Sexe: M F
Si mineur répondant légal: _____
Adresse: _____ Date de naissance: _____
CP / Ville: _____ Prise en charge AI
Téléphone: _____ AOS
Portable: _____ Assurance/numéro: _____

B) Diagnostic principal ♦ merci de noter le code _____

- | | |
|--|--|
| 00 Maladies pulmonaire obstructives
01 bronchite chronique, emphysème
02 Asthme | 40 Maladies vasculaires
(Hypertension pulmonaire) |
| 10 Maladies pulm. restrictives
(Fibrose, pneumoconiose, silicose, post-tabac) | 50 Maladies cardiaques
(Coeur pulmonaire, malformation card. insuff. card.) |
| 20 Troubles respiratoires du sommeil
(OSA, CSA, maladies mixtes) | 60 Autres maladies
(Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv. Dysplasie bronch.) |
| 30 Maladies neuromusculaires | 90 Autres: _____ |

C) Prescription pour ♦ merci de noter le système/appareil

14.03.10.00.2L In-/Exsufflateur mécanique	Type: Pegaso Cough Assist	
Oscillation Oui Non	Type: Travel Air	
Pression: Fréquence :		

D) Prestations de conseils :

Conseils et éducation thérapeutique (contrôle sur place + rapport) Oui Non

E) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur: _____ Signature / Timbre/ Numéro RCC
Date: _____
Pneumologue responsable: _____
Médecin traitant: _____

Prescription à envoyer à :
SOS OXYGENE SA, Chemin du Lavasson 2 – 1196 Gland
Tél. : 022 300 01 00
Fax: 022 300 10 06 - courriel: medicalsosoxygene@hin.ch