

KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

| | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----|---|
| Première prescription | Renouvellement de la presc. | LiMA | OPAS 7 | | |
| Patient (remplir complètement s.v.pl.) | | | | | |
| Nom/Prénom | _____ | Langue | A | F | I |
| Rue | _____ | Date de naissance | _____ | | |
| NPA/Lieu | _____ | Assurance-invalidité | Oui | Non | |
| Téléphone | _____ | N° ID | _____ | | |
| Mobile | _____ | N° de police | _____ | | |
| Email | _____ | Assureur-maladie | _____ | | |
| Demande | _____ | Premier appareil/première ordonnance | Deuxième appareil | | |
| Changement de l'appareil | _____ | Âge >5 ans | Default | | |

Diagnostic

- 10 Neuropathies**
 11 Tétraplégie
 12 Sclérose latérale amyotrophique
 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale
 14 Syndrome post-poliomyélite
 15 Amyotrophie spinale
20 Myopathies
 21 Dystrophie musculaire de Duchenne

Code du diagnostic principal

- 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

Code du diagnostic secondaire

- 34 Déformation post-traumatique
40 Hypoventilation alvéolaire primaire
 41 congénitale
 42 late onset
50 Syndrome obésité-hypoventilation
60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives
 61 BPCO avancée stable
 62 Bronchectasies
 63 Mucoviscidose
70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil
 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe
 72 Respiration de Cheyne-Stokes
99 non défini/autres

Données en matière de ventilation à domicile non invasive invasive

Durée de la respiration de nuit, nombre d'heures prescrites de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures 16h sans interruption

Appareil: marque, modèle _____ début du traitement (sortie de l'hôpital) _____ N° de série. _____

Position LiMA _____

Humidificateur/ accessoires intégré séparé Masque

Marque/modèle _____ Taille _____

Fournisseur _____

Divers Batterie externe Mallette de l'appareil Fixation Mentonnière Adaptateur O2

Sangle de tête Câble d'alarme à distance Support Système de flexibles climatisé

Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge (optionnel) Oui (voir page 2)

Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile Oui Non

Prescription/Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur)

Médecin compétent _____

Médecin prescripteur _____ Date de la prescription _____

Médecin de 1er recours _____

Pneumologue des contrôles de suivi _____

Signature/Timbre incl. No RCC _____

Veuillez envoyer le formulaire à KPT, Case postale, 3001 Berne