

Ventilation invasive et non invasive à domicile

À remplir par le pneumologue traitant: ☐ Première prescription ☐ Renouvellement

Patient (renseigner tous les champs)

Langue: ☐ FR ☐ DE ☐ IT

Nom/Prénom:	Date de naissance:
Rue, N°:	Assurance-invalidité: ☐ oui ☐ non
NPA/lieu:	N° ID:
Téléphone:	Mobile:
N° d'assuré:	Assureur maladie:

Demande: ☐ Premier appareil/première ordonnance ☐ Deuxième appareil
 Changement de l'appareil: ☐ Âge > 5 ans ☐ Défectueux

Diagnostic

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,

Code diagnostic principal:

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

Code diagnostic secondaire:

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 de ventilat. domicile ☐ non invasive ☐ invasive

Durée de la respiration ☐ de nuit, nombre d'heures prescrites: ☐ 24h sans interruption
☐ de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures: début du traitement:

Appareil: marque, modèle N° de série:

Position LiMA:

Début du traitement (sortie de l'hôpital):

Humidificateur/accessoires ☐ intégré ☐ séparé Masque:

Modèle et numéro de série: Taille:

Fournisseur:

Divers ☐ Batterie externe ☐ Fixation ☐ Mentonnière ☐ Mallette de l'appareil ☐ Support
☐ Sangle de tête ☐ Adaptateur O₂ ☐ Câble d'alarme à distance ☐ Système de flexibles climatisé

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

Prescription de conseils et soins ambulatoires ou à domicile ☐ oui ☐ non

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

Médecin traitant:	
Médecin ordonnant:	Date de la prescription:
Médecin de 1 ^{er} recours:	Pneumologue des contrôles de suivi:

Timbre / signature (incl. n° RCC):