

VERORDNUNGSFORMULAR

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft Pneumologie (SGP)

Erstverordnung
 Wiederholungsverordnung



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname :	_____	Geschlecht:	_____
Adresse :	_____	Geburtsdatum :	_____
PLZ / Ort :	_____	Kanton :	_____
Telefon / Natel :	_____	AHV-Nummer :	_____
Beruf :	_____	Krankheit/Unfall/IV :	_____
Krankenkasse :	_____	KK-Mitgliedsnr. :	_____

B) Diagnose (bitte Code wählen)

Hauptcode: Zweitcode:

10 Neuropathien 11 Hohe Querschnittsläsion 12 Amyotrophe Lateralsklerose 13 Bilaterale Zwerchfellähmung 14 Post-Polio-Syndrom 15 Spinale Amyotrophien 20 Myopathien 21 M. Duchenne 22 Myotonische Dystrophie 23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien 30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge 31 Kyphoskoliosen 32 Narbige Pleuraveränderungen 33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen 34 Posttraumatischen Veränderungen	40 Primäre alveoläre Hypoventilation 41 Kongenital 42 Late onset 50 Adipositas-Hypoventilations-Syndrom 60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten 61 Fortgeschrittene stabile COPD 62 Bronchiektasen 63 Zystische Fibrose 70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom * 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom 72 Cheyne-Stokes-Atmung* *Kw : neue Limitierung ab 18.05.2015 99 Andere _____
---	--

C) Heimventilation und Einstellung

Angaben zur Heimventilation : nicht invasiv invasiv
 Beatmungsdauer : Nachts Nachts + partiell tagsüber 24h ununterbrochen Anzahl Std.
 Gerät (Marke/Modell) : Befeuchter : JA NEIN

Modus: Bi-Level PAP-ST PSV PCV VCV CS/ASV n-Exsufflation Bi-Level-PAP-S

Parameter	PS	PS min	PS max	Vt	
	IPAP	IPAP min	IPAP max	Anstiegszeit inspi.	
	EPAP	EPAP min	EPAP max	Anstiegszeit expi.	
	Atemfrequenz	Back-up Freq.	Ti	Ti min	Ti max
	Flow	I/E	Andere		

Zubehör:	<input type="checkbox"/> Nasen-Maske	<input type="checkbox"/> Nasenpolster-Maske	<input type="checkbox"/> Vollgesichts-Maske	<input type="checkbox"/> Mundstück	<input type="checkbox"/> Kanüle
Modell :	_____				
Grösse :	_____				

Behandlungsbeginn :

D) Wichtige Untersuchungsergebnisse

Lungenfunktion : Datum : VK : % Soll FEV1 : % Soll
Labor : Hämoglobin : g/dl Hämatokrit : %
Arterielle Blutgase : in : mmHg kPa Datum PaO2 PaCO2 pH
 (unter klinisch stabilen Verhältnissen)
 In Ruhe / vor Behandlung
 nach ≥ 30 Min. / optimale Beatmung
Resultate der SAS-Diagnose (bei Patienten mit Schlafapnoe-Therapie):
 Apnoe / Hypopnoe-Index: ohne CPAP mit CPAP
 Anzahl Desaturationen / Stunde (≥ 4% SaO2): ohne CPAP mit CPAP

E) Beratung und Betreuung für die mechanische Heimventilation

Beratung und Betreuung Ja (gültig für 1 Jahr) Nein
 (Kontrolle vor Ort, Bericht an Arzt)
 Nach 10 Monaten sendet SOS OXYGENE SA Ihnen das Ordnungsformular für die Erneuerung.

F) Zuständige Ärzte

1 Verordnender Arzt /
 verordnendes Zentrum : Unterschrift + Stempel mit ZSR-Nr
 Datum der Entlassung :
 Datum der Verordnung :
 2 Hausarzt :
 3 Pneumologe für Nachkontrollen (Oxymetrie / Polygraphie) :