

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de **longue durée**

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 principal (merci de noter le code ici :)

00 Maladies pulmonaires obstructives 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme	40 Maladies vasculaires (hypertension pulmonaire) 50 Maladies cardiaques (cœur pulmonaire, malformation card. insuffisance card.)
10 Maladies pulmonaires restrictives (Fibrose, pneumoconiose, silicose, post-tabac)	60 Autres maladies (Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv. Dysplasie bronch.)
20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes)	90 Autres : _____
30 Maladie neuromusculaire	

C) Résultats d'examens obligatoires SYMPTÔME DE CŒUR PULMONAIRE CHRONIQUE : OUI NON

Fonctions pulmonaires : Date : _____ CV : _____% valeur théorique FEV1 _____% valeur théorique
Labo : en mm Hg En kPa Hémoglobine : _____ g/l Hématocrite : _____%
Gaz sanguin : _____ Date _____ PaO2 _____ PaCO2 _____ SaO2 _____
(Sous conditions cliniques stables)
(1) au repos / sans O2 _____
(2) au repos après > 30 Min. O2 _____
(3) test d'effort standardisé (sans O2) _____
(4) test d'effort standardisé (avec O2) _____
(3) et (4) obligatoire pour l'oxygène liquide

D) Prescription OXYGÈNE LIQUIDE CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE STATIONNAIRE OXYGÈNE GAZEUX CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE PORTABLE (POC) MODELE :

Durée : _____ heures / jour	Débit O ₂ au repos : _____ l/min	Débit O ₂ à l'effort : _____ l/min
Mobilité : _____ heures / jour (hors du domicile)	Si POC, position au repos : _____	Si POC, position à l'effort : _____

Lunettes O₂ Masque O₂ Autre Système gaz comprimé de secours

E) Motif de livraison urgente (cocher la ou les cases) :

- Crise aiguë / aggravation clinique soudaine
 Défaillance technique du matériel existant
 Première mise en place urgente pour raisons médicales
 Épuisement imprévu du stock d'oxygène
 Retour imprévu à domicile / sortie hospitalière urgente
 Autre motif médical :

F) Type de livraison urgente :

- Livraison en soirée (18h - 22h)
 Livraison de nuit (23h à 07h)
 Livraison en Week-end

Livraison urgente (LiMa 14.10.70.00.1 / 14.10.70.01.1)

G) Médecins

Pneumologue prescripteur : _____ Signature + Timbre avec N° de concordat
Date de début de traitement : _____
Date de la prescription : _____
Date de la sortie d'hôpital : _____
Médecin traitant : _____
Pneumologue responsable : _____

Prescription à :

SOS OXYGÈNE SA, Chemin du Lavasson 2, CH -1196 GLAND

Tel. : 022 300 01 00 - courriel : medicalsosoxygene@hin.ch