

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Ventilation mécanique à domicile

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

☐ Première prescription

☐ Renouvellement



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

Nom / Prénom : _____
Adresse : _____
NPA / Lieu : _____
Téléphone / Natel : _____
Profession : _____
Assureur : _____

Sexe : _____
Date de naissance : _____
Canton : _____
N° AVS : _____
Maladie / Acc. / AI : _____
N° d'assuré : _____

B) Diagnostic (merci de noter le code)

Code principal :

Code secondaire :

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
- 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
- 34 Déformation post-traumatique

40 Hypoventilation alvéolaire primaire

- 41 Congénitale
- 42 Révélation tardive

50 Syndrome d'obésité-hypoventilation

60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives

- 61 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- 62 Bronchectasies
- 63 Fibrose kystique

70 Syndrome des apnées centrales du sommeil*

- 71 Syndrome complexe des apnées du sommeil
- 72 Respiration de Cheyne-Stokes*

*Kw : nouvelle limitation dès 18.05.2015

99 Autres _____

C) Ventilation et réglages

Indications concernant la ventilation mécanique à domicile : ☐ non invasive ☐ invasive

Durée de la ventilation : ☐ huit ☐ nuit + partiellement par jour ☐ en continu 24h sur 24 Nombre d'heures : _____

Appareil attribué (marque/modèle) : _____ Humidificateur : ☐ OUI ☐ NON

Mode: ☐ Bi-Level PAP-ST ☐ PSV ☐ PCV ☐ VCV ☐ CS/ASV ☐ In-Exsufflation ☐ Bi-Level-PAP-S

Paramètres	Ai	Ai min	Ai max	Vt
	Pinsp	Pinsp min	Pinsp max	Pente Inspi
	Pep	Pep min	Pep max	Pente Expi
	Fréq	Fréq min	Ti	Ti min
	Débit	I/E	Autres	Ti max

Interface:	☐ Masque nasal	☐ Masque narinaire	☐ Masque facial	☐ Embout buccal	☐ Canule
Modèle :					
Taille :					

Début du traitement : _____

D) Résultats d'examens importants

Fonctions pulmonaires : Date : _____ CV : _____ % théorique VEMS : _____ % théorique

Laboratoire : Hémoglobine : _____ g% Hématocrite : _____ %

Gaz sanguin : en : ☐ mmHg ☐ kPa Date PaO2 PaCO2 pH

(en conditions cliniques stables) _____

au repos / avant traitement _____

après ≥ 30 min d'assistance ventilatoire _____

Données de l'exploration du SAS (chez les patients suivant un traitement des apnées du sommeil): sans CPAP avec CPAP

Index d'apnées/hypopnées : _____

Nombre de désaturations / heure (≥ 4% SaO2): _____

E) Prestations de service

Conseils et éducation thérapeutique ☐ Oui (valable pour une année) ☐ Non

(Contrôle sur place, rapport au médecin)

Après 10 mois, SOS OXYGÈNE SA enverra automatiquement une demande de prolongation de l'ordonnance.

F) Médecins

1 Médecin prescripteur : _____ Signature + Timbre avec N° du concordat

Centre prescripteur : _____

Date de la sortie d'hôpital : _____

Date de la prescription : _____

2 Médecin traitant : _____

3 Pneumologue responsable des contrôles (oxymétrie / polygraphie) : _____

Prescription à envoyer à :

SOS OXYGÈNE SA, Chemin du Lavasson 2, CH -1196 GLAND Tel : 022 300 01 00 - courriel: medicalsosoxygene@hin.ch