

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

In-/ Exsufflateur mécanique

Première prescription
Renouvellement



Selon les lignes directrices de la société de Pneumologie SSP

A) Indications générales		*remplir complètement s.v.p.	
Nom / Prénom: _____	Sexe: _____	M	F
Si mineur répondant légal: _____			
Adresse: _____	Date de naissance _____		
CP / Ville: _____	Prise en charge _____	AI	
Téléphone: _____		AOS	
Portable: _____	Assurance/numéro: _____		

B) Diagnostic principal		♦ merci de noter le code _____	
00 Maladies pulmonaire obstructives	40 Maladies vasculaires		
01 bronchite chronique, emphysème	(Hypertension pulmonaire)		
02 Asthme			
10 Maladies pulm. restrictives	50 Maladies cardiaques		
(Fibrose, pneumoconiose, silicose, post-tabac)	(Coeur pulmonaire, malformation card. insuff. card.)		
20 Troubles respiratoires du sommeil	60 Autres maladies		
(OSA, CSA, maladies mixtes)	(Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv. Dysplasie bronch.)		
30 Maladies neuromusculaires	90 Autres: _____		

C) Prescription pour		♦ merci de noter le système/appareil	
14.03.10.00.2L In-/Exsufflateur mécanique	Type: Pegaso Cough Assist		
Oscillation Oui Non	Type: Travel Air		
Pression: _____	Fréquence : _____		

D) Prestations de conseils :	
Conseils et éducation thérapeutique (contrôle sur place + rapport)	Oui Non

E) Médecin prescripteur	
Médecin prescripteur: _____	Signature / Timbre/ Numéro RCC
Date: _____	
Pneumologue responsable: _____	
Médecin traitant: _____	

Prescription à envoyer à :
SOS OXYGENE SA, Chemin du Lavasson 2 – 1196 Gland
Tél. : 022 300 01 00
courriel: medicalsosoxygene@hin.ch