

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de **courte durée**

LIVRAISON URGENTE (LiMA 14.10.70.00.1 / 14.10.70.01.1)

☐ 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 Maladies neuromusculaires | |

C) Prescription pour oxygénothérapie de **courte durée** COCHER LE SYSTEME PRESCRIT

- ☐ Système oxygène liquide (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- ☐ Concentrateur d'oxygène stationnaire (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- ☐ Concentrateur d'oxygène portable fonctionnant en mode pulsé / Modèle : _____
(uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- ☐ Concentrateur d'oxygène transportable fonctionnant en mode continu (*débit continu maximal 3 L/min*)
(uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- ☐ Système de remplissage de bouteille d'oxygène comprimé : Modèle IFill / Drive ☐ Modèle Homefill / Invacare ☐
(uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- ☐ Bouteille d'oxygène comprimé (uniquement si inférieur à 1 mois, sinon argumenter la section D)

Durée : _____ heures / jour **Débit O2 au repos :** _____ l/min **Débit O2 à l'effort :** _____ l/min

Déambulation hors du domicile : _____ heures / jour

Si concentrateur portable fonctionnant en **mode pulsé** **Position au repos :** _____ **Position à l'effort :** _____

☐ Lunettes O2 ☐ Masque O2 ☐ Autre ☐ Système gaz comprimé de secours

D) Motif de Livraison urgente (Cocher la ou les cases) :

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

E) Type de livraison urgente (Cocher la case) :

☐ Livraison en soirée (18h-22h) ☐ Livraison de nuit (22h-07h) ☐ Livraison en Week-end (et fériés)

F) Médecin prescripteur:

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

Prescription à envoyer à :

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