

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## oxygénothérapie de courte durée/Soin

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

Première prescription

Renouvellement de la presc.

LiMA  OPAS 7

# 4

### A) Indications générales (remplir complètement s.v.pl.)

Nom/Prénom _____	Sexe _____
Adresse _____	Date de naissance _____
NPA/Lieu _____	Ct _____
Téléphone/Natel _____	N° d'assurance sociale _____
Profession _____	Maladie/Acc./AI _____
Assureur _____	N° d'assuré _____

### B) Diagnostic principal

s.v.pl. reporter le code

~~00 Maladies pulmonaires obstructives~~

~~01 bronchite chronique, emphysème  
02 asthme~~

~~10 Maladies pulmonaires restrictives~~

~~(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)~~

~~20 Troubles respiratoires du sommeil~~

~~(OSA, CSA, maladies mixtes)~~

~~30 Maladies neuro-musculaires~~

~~40 Maladies vasculaires~~

~~(hypertension pulmonaire)~~

~~50 Maladies cardiaques~~

~~(cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)~~

~~60 Autres maladies~~

~~(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)~~

90 Autres / POST-HOSPITALISATION COVID-19

### C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

**Système gaz comprimé** (< 1 mois, plus que 1 mois, s.v.pl. argument sous point D)

**Système oxygène liquide** (< 3 mois, si > 3 mois, remplir s.v.pl. formulaire N° 2)

**Concentrateur** (< 3 mois, si > 3 mois, remplir s.v.pl. formulaire N° 2)

Limitations LiMA  
voir au verso

Durée _____ heures/jour	Débit O <sub>2</sub> au repos _____ l/min	Débit O <sub>2</sub> à l'effort _____ l/min
Mobilité _____ heures/jour (hors du domicile)	Mobile avec _____	Début du traitement _____
Mode d'appl. _____	Valve économiseuse _____	
	Remarques _____	

### D) Argument pour gaz comprimé

si la durée de traitement est > 1 mois

### E) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile

oui  non

Seuil de référence en minutes

- 1) Facturation selon besoin effectif/prestation.
- 2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.
- 3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.

**1ère année:**  
300 minutes

**Années suivantes:**  
150 minutes

### F) Médecins

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_

Date de prescription \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Signature + Timbre (incl. No RCC)

**Récapitulation des limitations de la liste des moyens et appareils (LiMA), teneur du 01.08.2007 concernant la prescription de gaz comprimé, concentrateur d'oxygène et oxygénothérapie mobile par gaz comprimée. En cas de doutes veuillez vous référer au texte original.**

Limitations valable pour bonbonnes d'oxygène comprimé de toutes grandeurs:

- Il sera remboursé au maximum 5 remplissages par mois.
- Pour une durée de traitement supérieure à un mois, uniquement sur prescription médicale et avec garantie préalable de l'assureur.

Limitation pour concentrateur d'oxygène:

- Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois, uniquement sur prescription médicale et avec garantie de l'assureur.

Limitation pour système mobil d'administration d'oxygène comprimé:

- Comprend la location, le remplissage des bonbonnes, le détendeur, la livraison des bonbonnes et la valve économiseuse et concentrateur mobile.
- Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois la garantie préalable de l'assureur est indispensable. Cette garantie est accordée en cas d'hypoxie d'effort isolée.