



A) INDICATIONS GENERALES

Nom / Prénom : _____ Sexe: _____
Adresse: _____ Date de naissance: _____
NPA / Lieu: _____ No AVS: _____
Téléphone: _____ Ass. Invalidité: _____
Profession: _____ CM-No membre: _____
Caisse-maladie: _____ Section: _____

B) DIAGNOSTIC PRINCIPAL Code: (s.v.p. reporter le code selon la liste ci-dessous)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| Maladie pulmonaire obstructive
01 Bronchite chronique
02 Emphysème
03 Asthme | Troubles respiratoires du sommeil
20 Syndrome d'apnées centrales
21 Syndrome d'apnées obstructives
22 Syndrome d'apnées mixtes
23 « Upper Airways resistance » syndrome | Maladie cardiaque
50 Cœur pulmonaire
51 Insuffisance cardiaque gauche/globale
52 Malformation cardiaque | Autre maladie
60 Mucoviscidose
61 Hypoventilation alvéolaire
62 Dysplasie bronchique
63 Cancer pulmonaire/bronchique
64 Autre cancer/affection maligne |
| Maladie pulmonaire restrictive
10 Post tabac
11 Séquelle opératoire/trauma
12 Fibrose
13 Pneumoconiose
14 Cyphoscoliose | Maladie neuromusculaire
30 Myopathie
31 Neuropathie | | 99 autre: |

C) PRESCRIPTION POUR VENTILATION A DOMICILE

Appareil attribué (marque/modèle): Durée de ventilation:heures/jour

Appareil volumétrique: Volume courant: Litres Fréquence: /min
 Appareil barométrique: Pression inspiratoire: CmH2O Fréquence: /min
 Appareil « Bilevel »: S S/T T
Pression inspiratoire: cmH2O Pression expiratoire: cmH2O Fréquence: /min

Accessoires:

Masque Marque: Grandeur:
 Fixation Marque: Grandeur:
 Humidificateur Début du traitement:

D) RESULTATS D'EXAMENS IMPORTANTS

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

Laboratoire: Hémoglobine: g% Hématocrite: %

Gaz sanguins: 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) ORDONNANCE POUR LE SUIVI ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS VMD

Oui (valable pour une année) Non

Dans 10 mois, SOS OXYGENE SA enverra automatiquement une demande de prolongation éventuelle de l'ordonnance.

F) MEDECINS

Signature + Timbre avec N° du concordat

1 Médecin prescripteur /
Centre prescripteur:
Date de la sortie d'hôpital:
Date de la prescription:

2 Médecin traitant:

3 Pneumologue responsable des contrôles (oxymétrie/polygraphie):

VEUILLEZ RENVoyer LA PRESCRIPTION DUMENT REMPLIE A:

SOS OXYGENE (SUISSE) SA

Agentur Bern – Galgenfeldweg 13^E – 3006 BERN

Tél : 031 376 00 00 Fax : 031 376 00 02 E-mail : bern@sosoxygene.ch

