

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Oxygénothérapie de courte durée

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

- Initial  
 Renouvellement



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

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

### B) Diagnostique principal

REPORTER LE CODE SELON LA LISTE : \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <b>00 Maladies pulmonaires obstructives</b>        | <b>40 Maladies vasculaires</b> (hypertension pulmonaire)        |
| 01 bronchite chronique, emphysème                  | <b>50 Maladies cardiaques</b>                                   |
| 02 asthme  | (cœur pulmonaire, malform. card. insuffisance card.)            |
| <b>10 Maladies pulmonaires restrictives</b>        | <b>60 Autres maladies</b>                                       |
| (Fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc, Etc.) | (Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv. Dysplasie bronch.) |
| <b>20 Troubles respiratoires du sommeil</b>        | <b>90 Autres</b>  |
| <b>30 Maladies neuromusculaires</b>                |   |

### C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

COCHER LE SYSTEME PRESCRIT

- Système gaz comprimé : ( uniquement si inférieur à 1 mois, sinon argumenter la section D )  
 Système oxygène liquide : ( uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée )  
 Système de concentrateur : ( uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée )

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: _____ Valve économiseuse: _____	Argument pour valve économiseuse: _____
Mode d'appl.: _____	Remarques: _____	

### D) Argument pour système de gaz comprimé supérieur à 1 mois

### E) Prescription pour prestations de conseils

Conseils et Soins  Oui (valable pour 1 année)  Non  
(Contrôle sur place, rapport au médecin)

Après 10 mois SOS OXYGENE SA vous fera parvenir la demande pour le renouvellement de la prescription.

### F) Médecin prescripteur

Pneumologue prescripteur: \_\_\_\_\_  
Date de début de traitement : \_\_\_\_\_  
Date de la prescription: \_\_\_\_\_  
Médecin traitant: \_\_\_\_\_  
Pneumologue responsable : \_\_\_\_\_

Cachet / Signature :  
(avec numéro de concordat):

Prescription à:



SOS OXYGENE (Suisse) SA

Agence de Berne

Galgenfeldweg 13°, CH – 3006 BERN

Tel. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 – bern@sosoxygene.ch