

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de longue 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 : _____

- | | |
|--|--|
| 00 Maladie pulmonaire obstructive | 40 Maladie vasculaire (hypertension pulmonaire) |
| 01 bronchite chronique, emphysème | 50 Maladie cardiaque |
| 02 asthme | (cœur pulmonaire, malformation ou insuffisance cardiaque.) |
| 10 Maladie pulmonaire restrictive | 60 Autre maladie |
| (Fibrose, pneumoconiose, silicose, post-tabac, etc.) | (Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alvéolaire. Dysplasie bronchique.) |
| 20 Troubles respiratoires du sommeil | 90 Autre |
| 30 Maladie neuromusculaire | |

C) Résultats d'examens obligatoires

SYMPTOME DE CŒUR PULMONAIRE CHRONIQUE : OUI NON

Fonctions pulmonaires : Date : _____ CV : _____% valeur théorique FEV1 _____% valeur théorique

Labo : en mm Hg en kPa Hémoglobine : _____ g% Hématocrite : _____%

Gaz sanguine :

(Sous conditions cliniques stables)

Date PaO2 PaCO2 SaO2

(1) au repos / sans O2

(2) après > 30 Min. O2

(3) test d'effort standardisé (sans O2)

(4) test d'effort standardisé (avec O2)

(3) et (4) obligatoire pour l'oxygène liquide

D) Prescription

OXYGENE LIQUIDE

CONCENTRATEUR D' OXYGENE

Durée: _____ heures / jour	Débit O ₂ au repos: _____ l/min	Débit O ₂ à l'effort: _____ l/min
Mobilité: _____ heures / jour (hors du domicile)	Mobile avec: _____ Valve économiseuse: _____	Argument pour Valve économiseuse: _____
Mode d'application : _____	Remarques: _____	

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: _____

Cachet / Signature :

Date de début de traitement : _____

(avec Numéro de concordat):

Date de la prescription: _____

Médecin traitant: _____

Pneumologue responsable : _____

Prescription à:

SOS OXYGENE (Suisse) SA

Agentur Bern – Galgenfeldweg 13^e

CH-3006 BERN

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

