



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

Agence Suisse romande – Route des avouillons 4, CH-1196 GLAND

Tél : 022 300 01 00 Fax : 022 300 10 06 E-mail : suisse@sosoxygene.ch

