

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

### 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'application : _____	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 Suisse romande

Route des Avouillons 4, CH – 1196 GLAND

Tel. : 022 300 01 00 - Fax : 022 300 10 06 – suisse@sosoxygene.ch