

# 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 : \_\_\_\_\_

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

### 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 <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: _____	

### 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

Agence Suisse romande – Route des Avouillons 4

CH-1196 GLAND

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

