

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Oxygénothérapie de **longue durée**

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

Première prescription

Renouvellement



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

Nom / Prénom :	_____	Sexe :	_____
Adresse :	_____	Date de naissance :	_____
NPA / Lieu :	_____	Canton :	_____
Téléphone / Natel :	_____	N° AVS :	_____
Profession :	_____	Maladie / Acc. / AI :	_____
Assureur :	_____	N° d'assuré :	_____

### B) Diagnostic principal (merci de noter le code ici : .....)

<b>00 Maladies pulmonaires obstructives</b> 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme	<b>40 Maladies vasculaires</b> (hypertension pulmonaire) <b>50 Maladies cardiaques</b> (cœur pulmonaire, malformation card. insuffisance card.)
<b>10 Maladies pulmonaires restrictives</b> (Fibrose, pneumoconiose, silicose, post-tabac)	<b>60 Autres maladies</b> (Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv. Dysplasie bronch.)
<b>20 Troubles respiratoires du sommeil</b> (OSA, CSA, maladies mixtes)	<b>90 Autres :</b> _____
<b>30 Maladie neuromusculaire</b>	

### C) Résultats d'examens obligatoires SYMPTÔME DE CŒUR PULMONAIRE CHRONIQUE : OUI NON

Fonctions pulmonaires : Date : _____	CV : _____% valeur théorique	FEV1 _____% valeur théorique		
Labo : <input type="checkbox"/> en mm Hg <input type="checkbox"/> En kPa	Hémoglobine : _____ g/l	Hématocrite : _____%		
<b>Gaz sanguin :</b> (Sous conditions cliniques stables)	<u>Date</u>	<u>PaO2</u>	<u>PaCO2</u>	<u>SaO2</u>
(1) au repos / sans O2	_____	_____	_____	_____
(2) au repos après > 30 Min. O2	_____	_____	_____	_____
(3) test d'effort standardisé (sans O2)	_____	_____	_____	_____
(4) test d'effort standardisé (avec O2)	_____	_____	_____	_____
<b>(3) et (4) obligatoire pour l'oxygène liquide</b>				

### D) Prescription OXYGENE LIQUIDE CONCENTRATEUR D'OXYGENE STATIONNAIRE CONCENTRATEUR D'OXYGENE PORTABLE (POC) MODELE :

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)	Si POC, position au repos : _____	Si POC, position à l'effort : _____	
<input type="checkbox"/> Lunettes O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Masque O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Système gaz comprimé de secours

### E) Prestations de conseils

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

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

### F) Médecins

Signature + Timbre avec N° de concordat

Pneumologue prescripteur : \_\_\_\_\_

Date de début de traitement : \_\_\_\_\_

Date de la prescription : \_\_\_\_\_

Date de la sortie d'hôpital : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Pneumologue responsable : \_\_\_\_\_

Prescription à :

**SOS OXYGENE SA, Route des Avouillons 4, CH -1196 GLAND**

Tel. : 022 300 01 00 - Fax : 022 300 10 06 - courriel : [medicalsosoxygene@hin.ch](mailto:medicalsosoxygene@hin.ch)