

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Ventilation mécanique à domicile

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 (merci de noter le code)

Code principal :  Code secondaire :

<b>10 Neuropathies</b> 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralyse Diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale	<b>40 Hypoventilation alvéolaire primaire</b> 41 Congénitale 42 Révélation tardive
<b>20 Myopathies</b> 21 Dystrophie musculaire de Duchenne 22 Dystrophie myotonique de Steinert 23 Myopathies congénitales, métaboliques, Inflammatoires	<b>50 Syndrome d'obésité-hypoventilation</b>
<b>30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires</b> 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue 34 Déformation post-traumatique	<b>60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives</b> 61 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) 62 Bronchectasies 63 Fibrose kystique
	<b>70 Syndrome des apnées centrales du sommeil*</b> 71 Syndrome complexe des apnées du sommeil 72 Respiration de Cheyne-Stokes* *Kw : nouvelle limitation dès 18.05.2015
	<b>99 Autres</b> _____

### C) Ventilation et réglages

Indications concernant la ventilation mécanique à domicile :  non invasive  invasive  
Durée de la ventilation :  nuit  nuit + partiellement par jour  en continu 24h sur 24 Nombre d'heures : \_\_\_\_\_  
Appareil attribué (marque/modèle) : \_\_\_\_\_ Humidificateur :  OUI  NON

Mode:  Bi-Level PAP-ST  PSV  PCV  VCV  CS/ASV  In-Exsufflation  Bi-Level-PAP-S

Paramètres	Ai	Ai min	Ai max	Vt	
	Pinsp	Pinsp min	Pinsp max	Pente Inspi	
	Pep	Pep min	Pep max	Pente Expi	
	Fréq	Fréq min	Ti	Ti min	Ti max
	Débit	I/E	Autres		

Interface:	<input type="checkbox"/> Masque nasal	<input type="checkbox"/> Masque narinaire	<input type="checkbox"/> Masque facial	<input type="checkbox"/> Embout buccal	<input type="checkbox"/> Canule
Modèle :					
Taille :					

Début du traitement : .....

### D) Résultats d'examens importants

<b>Fonctions pulmonaires :</b> Date : .....	CV : ..... % théorique	VEMS : ..... % théorique
<b>Laboratoire :</b> Hémoglobine : ..... g%	Hématocrite : ..... %	
<b>Gaz sanguin :</b> en : <input type="checkbox"/> mmHg <input type="checkbox"/> kPa	<u>Date</u>	<u>PaO2</u> <u>PaCO2</u> <u>pH</u>
(en conditions cliniques stables)		
au repos / avant traitement	.....	.....
après ≥ 30 min d'assistance ventilatoire	.....	.....
<b>Données de l'exploration du SAS (chez les patients suivant un traitement des apnées du sommeil):</b>	<u>sans CPAP</u>	<u>avec CPAP</u>
Index d'apnées/hypopnées :	.....	.....
Nombre de désaturations / heure (≥ 4% SaO2):	.....	.....

### E) Prestations de service

Conseils et éducation thérapeutique  Oui (valable pour une année)  Non  
(Contrôle sur place, rapport au médecin)  
Après 10 mois, SOS OXYGENE SA enverra automatiquement une demande de prolongation de l'ordonnance.

### F) Médecins

1 Médecin prescripteur : .....	Signature + Timbre avec N° du concordat
Centre prescripteur : .....	
Date de la sortie d'hôpital : .....	
Date de la prescription : .....	
2 Médecin traitant : .....	
3 Pneumologue responsable des contrôles (oxymétrie / polygraphie) : .....	

Prescription à envoyer 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)