

## Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

**Patient** (veuillez compléter intégralement)

Nom, prénom

Date de naissance

Rue, N°

Assurance-invalidité  Oui  Non

NPA, localité

N° ID

Téléphone

N° d'assuré

Portable

Assureur-maladie

**Demande**

- Premier appareil / première ordonnance  
 Deuxième appareil

Changement de l'appareil:

Appareil:  Âge > 5 ans  Défaut

**Diagnostic:** codage pour les indications de ventilation à domicile

**Code du diagnostic principal:**

**Code du diagnostic secondaire:**

- 10 Neuropathies
- 11 Tétraplégie
- 12 Sclérose latérale amyotrophique
- 13 Paralysie diaphragmatique bilatérale
- 14 Syndrome post-poliomyélite
- 15 Amyotrophie spinale
- 20 Myopathies
- 21 Dystrophie musculaire de Duchenne
- 22 Dystrophie myotonique de Steinert
- 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires
- 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires
- 31 Cyphoscoliose
- 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre
- 33 Status post résection pulmonaire étendue
- 34 Déformation post-traumatique

- 40 Hypoventilation alvéolaire primaire
- 41 congénitale
- 42 late onset
- 50 Syndrome obésité-hypoventilation
- 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives
- 61 BPCO avancée **stable**
- 62 Bronchectasies
- 63 Mucoviscidose
- 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil
- 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe
- 72 Respiration de Cheyne-Stokes
- 99 non défini /autres \_\_\_\_\_

**Données en matière de ventilation à domicile**  non invasive

invasive

**Durée de la respiration**  de nuit, nombre d'heures prescrites \_\_\_\_\_

24h sans interruption

de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures \_\_\_\_\_

début du traitement

Le patient vit:  à la maison, sans soutien en matière de soins

à la maison, avec soutien en matière de soins

dans un établissement de soins

**Appareil:** marque, modèle

N° de série

Position LiMA

Début du traitement (sortie de l'hôpital)

**Humidificateur / accessoires**  intégré  séparé

**Masque**

Marque, modèle:

Taille

**Fournisseur**

- Homecare Medical GmbH  
 Pan Gas AG  
 ResMed Schweiz AG  
 Löwenstein Medical Schweiz AG  
 Megamed AG

- Philips AG, Respirationics  
 Sleep & Health AG  
 SOS Oxygène SA

**Assistance**

Prescription pour conseil et assistance à domicile  
Assistance à domicile fournie par:

Oui  Non

**Médecins compétents**

Médecin prescripteur / centre

N° RCC

Date

Timbre et signature du médecin

X

Médecin traitant

Pneumologue responsable des contrôles de suivi

Envoyer le formulaire dûment complété à: Groupe Helsana, Case postale, 8081 Zurich.