

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Appareil aérosol & Appareil d'aspiration

- Première prescription  
 Renouvellement



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

### 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 (veuillez reporter le code .....

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

### C) Prescription pour: (veuillez cocher la catégorie d'appareils correspondante)

<input type="checkbox"/> <b>Appareil aérosol</b> <input type="checkbox"/> Nébuliseur spéc. pour antibiotique et stéroïde <input type="checkbox"/> Masque silicone pour bébé Estimation de la durée de la thérapie : < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Médicaments</th> <th>Dosage</th> <th>Nombre/jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Médicaments	Dosage	Nombre/jour																														
Médicaments	Dosage	Nombre/jour																																
<input type="checkbox"/> <b>Appareil IPPB</b> (pressure-volume-breathing) Utilisation p.ex. lors de maladies neuro-musculaires, scoliose, Tétraplégie, Pectus excavatum et autres.																																		
<input type="checkbox"/> <b>Appareil d'aspiration pour voies respiratoires</b> Début du traitement : _____																																		

### D) Prestations de conseils

oui  non

Conseils et éducation thérapeutique  
(contrôle sur place, rapport au médecin)

### E) Médecin prescripteur

Signature + Timbre avec N° du concordat

Médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

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

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Prescription à envoyer à :