

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Oxygénothérapie de **courte 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 :)

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

C) Prescription pour oxygénothérapie de **courte durée** COCHER LE SYSTEME PRESCRIT

- Système gaz comprimé (uniquement si inférieur à 1 mois, sinon argumenter la section D)
- Système oxygène liquide (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Système de concentrateur stationnaire (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Système de concentrateur portable / Modèle : _____ (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)

Durée : _____ heures / jour	Débit O ₂ au repos : _____ l/min	Débit O ₂ 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 ₂	<input type="checkbox"/> Masque O ₂	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Système gaz comprimé de secours

D) Argument pour système de gaz comprimé supérieur à 1 mois

E) Prestations de conseils

Conseils et éducation thérapeutique (Contrôle sur place, rapport au médecin) Oui (valable pour 3 mois) Non

F) Médecin prescripteur

Médecin prescripteur : _____

Date de début de traitement : _____

Date de la prescription : _____

Date de sortie d'hôpital : _____

Médecin traitant : _____

Pneumologue responsable : _____

Signature + Timbre avec N° du concordat

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