

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 :)

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

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

Fonctions pulmonaires : Date : _____ CV : _____% valeur théorique FEV1 _____% valeur théorique

Labo : en mm Hg En kPa Hémoglobine : _____ g/l Hématocrite : _____%

Gaz sanguin : _____
(Sous conditions cliniques stables) Date PaO2 PaCO2 SaO2

(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) _____
(3) et (4) obligatoire pour l'oxygène liquide

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

Durée : _____ heures / jour Débit O₂ au repos : _____ l/min Débit O₂ à l'effort : _____ l/min

Mobilité : _____ heures / jour Si POC, position au repos : _____ Si POC, position à l'effort : _____
(hors du domicile)

Lunettes O2 Masque O2 Autre Système gaz comprimé de secours

E) Prestations de conseils

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

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