

# VERORDNUNGSFORMULAR

## Nicht invasive und invasive Heimventilation

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft Pneumologie (SGP)

Erstverordnung  
 Wiederholungsverordnung



### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname :	_____	Geschlecht:	_____
Adresse :	_____	Geburtsdatum :	_____
PLZ / Ort :	_____	Kanton :	_____
Telefon / Natel :	_____	AHV-Nummer :	_____
Beruf :	_____	Krankheit/Unfall/IV :	_____
Krankenkasse :	_____	KK-Mitgliedsnr. :	_____

### B) Diagnose (bitte Code wählen)

Hauptcode:  Zweitcode:

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>10 Neuropathien</b><br/>         11 Hohe Querschnittsläsion<br/>         12 Amyotrophe Lateralsklerose<br/>         13 Bilaterale Zwerchfellähmung<br/>         14 Post-Polio-Syndrom<br/>         15 Spinale Amyotrophien</p> <p><b>20 Myopathien</b><br/>         21 M. Duchenne<br/>         22 Myotonische Dystrophie<br/>         23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien</p> <p><b>30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</b><br/>         31 Kyphoskoliosen<br/>         32 Narbige Pleuraveränderungen<br/>         33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen<br/>         34 Posttraumatischen Veränderungen</p> | <p><b>40 Primäre alveoläre Hypoventilation</b><br/>         41 Kongenital<br/>         42 Late onset</p> <p><b>50 Adipositas-Hypoventilations-Syndrom</b></p> <p><b>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenerkrankungen</b><br/>         61 Fortgeschrittene stabile COPD<br/>         62 Bronchiektasen<br/>         63 Zystische Fibrose</p> <p><b>70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom *</b><br/>         71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom<br/>         72 Cheyne-Stokes-Atmung*<br/>         *Kw : neue Limitierung ab 18.05.2015</p> <p><b>99 Andere</b> _____</p> |
|--|--|

### C) Heimventilation und Einstellung

Angaben zur Heimventilation :  nicht invasiv  invasiv  
 Beatmungsdauer :  Nachts  Nachts + partiell tagsüber  24h ununterbrochen Anzahl Std. ....  
 Gerät (Marke/Modell) : ..... Befeuchter :  JA  NEIN

Modus:  Bi-Level PAP-ST  PSV  PCV  VCV  CS/ASV  n-Exsufflation  Bi-Level-PAP-S

Parameter	PS	PS min	PS max	Vt	
	IPAP	IPAP min	IPAP max	Anstiegszeit inspi.	
	EPAP	EPAP min	EPAP max	Anstiegszeit expi.	
	Atemfrequenz	Back-up Freq.	Ti	Ti min	Ti max
	Flow	I/E	Andere		

Zubehör:	<input type="checkbox"/> Nasen-Maske	<input type="checkbox"/> Nasenpolster-Maske	<input type="checkbox"/> Vollgesichts-Maske	<input type="checkbox"/> Mundstück	<input type="checkbox"/> Kanüle
Modell :					
Grösse :					

Behandlungsbeginn : .....

### D) Wichtige Untersuchungsergebnisse

**Lungenfunktion :** Datum : ..... VK : ..... % Soll FEV1 : ..... % Soll  
**Labor :** Hämoglobin : ..... g/dl Hämatokrit : ..... %  
**Arterielle Blutgase :** in :  mmHg  kPa Datum PaO2 PaCO2 pH  
 (unter klinisch stabilen Verhältnissen)  
 In Ruhe / vor Behandlung .....  
 nach  $\geq$  30 Min. / optimale Beatmung .....  
**Resultate der SAS-Diagnose (bei Patienten mit Schlafapnoe-Therapie):**  
 Apnoe / Hypopnoe-Index: .....  
 Anzahl Desaturationen / Stunde ( $\geq$  4% SaO<sub>2</sub>): .....  
 ohne CPAP mit CPAP

### E) Beratung und Betreuung für die mechanische Heimventilation

Beratung und Betreuung (Kontrolle vor Ort, Bericht an Arzt)  Ja (gültig für 1 Jahr)  Nein

Nach 10 Monaten sendet SOS OXYGENE SA Ihnen das Verordnungsformular für die Erneuerung.

### F) Zuständige Ärzte

1 Verordnender Arzt / verordnendes Zentrum : ..... Unterschrift + Stempel mit ZSR-Nr  
 Datum der Entlassung : .....  
 Datum der Verordnung : .....  
 2 Hausarzt : .....  
 3 Pneumologe für Nachkontrollen (Oxymetrie / Polygraphie) : .....

Verordnung senden an :