

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

In-/ Exsufflateur mécanique

Première prescription
Renouvellement



Selon les lignes directrices de la société de Pneumologie SSP

A) Indications générales				*remplir complètement s.v.p.			
Nom / Prénom: _____		Sexe: _____		M		F	
Si mineur répondant légal: _____							
Adresse: _____		Date de naissance _____					
CP / Ville: _____		Prise en charge		AI			
Téléphone: _____				AOS			
Portable: _____		Assurance/numéro: _____					

B) Diagnostic principal		* merci de noter le code _____	
00 Maladies pulmonaire obstructives	40 Maladies vasculaires		
01 bronchite chronique, emphysème	(Hypertension pulmonaire)		
02 Asthme			
10 Maladies pulm. restrictives	50 Maladies cardiaques		
(Fibrose, pneumoconiose, silicose, post-tabac)	(Coeur pulmonaire, malformation card. insuff. card.)		
20 Troubles respiratoires du sommeil	60 Autres maladies		
(OSA, CSA, maladies mixtes)	(Cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv. Dysplasie bronch.)		
30 Maladies neuromusculaires	90 Autres: _____		

C) Prescription pour		* merci de noter le système/appareil	
14.03.10.00.2L In-/Exsufflateur mécanique	Type:	Pegaso Cough Assist	
Oscillation Oui Non	Type:	Travel Air	
Pression: Fréquence :			

D) Prestations de conseils :		
Conseils et éducation thérapeutique (contrôle sur place + rapport)	Oui	Non

E) Médecin prescripteur	
Médecin prescripteur: _____	Signature / Timbre/ Numéro RCC
Date: _____	
Pneumologue responsable: _____	
Médecin traitant: _____	

Prescription à envoyer à :
SOS OXYGENE SA, Rte des Avouillons 4 – 1196 Gland Tél.: 022 300 01 00
- Fax: 022 300 10 06 - courriel: medicalsosoxygene@hin.ch