

**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 : \_\_\_\_\_)**

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

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

- Système oxygène liquide (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Concentrateur d'oxygène stationnaire (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Concentrateur d'oxygène concentrateur portable fonctionnant en mode pulsé / Modèle : \_\_\_\_\_ (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Concentrateur d'oxygène transportable fonctionnant en mode continu (*débit continu maximal 3 L/min*) (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Système de remplissage pour bouteille de gaz comprimé : Modèle IFill / Drive  Modèle Homefill / Invacare  (uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Système gaz comprimé (uniquement si inférieur à 1 mois, sinon argumenter la section D)

**Durée** : \_\_\_\_\_ heures / jour    **Débit O2 au repos** : \_\_\_\_\_ l/min    **Débit O2 à l'effort** : \_\_\_\_\_ l/min

**Déambulation** hors du domicile : \_\_\_\_\_ heures / jour

Si concentrateur portable fonctionnant en **mode pulsé**    **Position au repos** : \_\_\_\_\_    **Position à l'effort** : \_\_\_\_\_

- Lunettes O2     Masque O2     Autre     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 1 année)     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**