

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 Maladies neuromusculaires	

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 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 de bouteille d'oxygène comprimé : Modèle IFill / Drive Modèle Homefill / Invacare
(uniquement si inférieur à 3 mois, sinon utiliser le formulaire de longue durée)
- Bouteille d'oxygène 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 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