

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## oxygénothérapie de courte durée/Soin

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

Première prescription ☐  
Renouvellement de la presc. ☐  
(À remplir par la Ligue)  
LiMA ☐ OPAS 7 ☐

# 4

LUNGENLIGA  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE



### A) Indications générales (remplir complètement s.v.p.)

Nom/Prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
NPA/Lieu	_____	E-Mail	_____
Téléphone/Natel	_____	N° d'assurance sociale	_____
Profession	_____	Maladie/Accident./AI	_____
Assureur	_____	N° d'assuré	_____

### B) Diagnostic principal

s.v.pl. reporter le code

<b>00 Maladies pulmonaires obstructives</b> 01 bronchite chronique, emphysème, 02 asthme	<b>40 Maladies vasculaires</b> (p. ex. hypertension pulmonaire)
<b>10 Maladies pulmonaires restrictives</b> (p. ex. fibrose, pneumoconiose, post Tbc)	<b>50 Maladies cardiaques</b> (p. ex. cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)
<b>20 Troubles respiratoires du sommeil</b> (p. ex. OSA, CSA, maladies mixtes)	<b>60 Autres maladies</b> (p. ex. cancer, mucoviscidose, dysplasie bronch.)
<b>30 Maladies neuromusculaires</b>	<b>70 Algies vasculaires de la face</b>
<b>90 Autres</b> _____	

### C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

Fixe ☐ Concentrateur ☐ Gaz comprimé      Mobile ☐ Concentrateur ☐ Gaz comprimé

(max. pour 3 mois, si thérapie prévue au-delà de 3 mois, veuillez svp utiliser le formulaire de prescription n° 2):

Débit O <sub>2</sub> au repos _____ l/min.	Durée _____ heures/jour	Mobilité _____ heures/jour
Débit O <sub>2</sub> la nuit _____ l/min.		(avec O <sub>2</sub> hors du domicile)
Débit O <sub>2</sub> à l'effort _____ l/min.	Pour gaz comprimé : <input type="checkbox"/> Valve économiseuse <input type="checkbox"/> Détendeur	Pour concentrateur fixe : Système de remplissage pour O <sub>2</sub> comprimé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### D) Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile ☐ oui ☐ non

Seuil de référence en minutes		
1) Facturation selon besoin effectif/prestation.	1 <sup>ère</sup> année : 300 minutes	Années suivantes : 150 minutes
2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.		
3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.		

### E) Médecins

Médecin prescripteur	_____
	_____
Date de début du traitement	_____
Date de prescription	_____
Médecin de famille	_____
Prescription à envoyer à	_____

Signature + Timbre (incl. N° RCC)

**Récapitulation des limitations de la liste des moyens et appareils (LiMA), teneur du 01.04.2022 concernant la prescription de gaz comprimé, concentrateur d'oxygène.  
En cas de doutes, veuillez vous référer au texte original.**

Pour les bouteilles d'oxygène comprimé (toutes tailles) :

- Au maximum 5 remplissages par mois sont remboursés.
- Pour une durée de traitement supérieure à 6 mois, une garantie préalable de l'assureur est nécessaire. Il figure dans la LiMA que "Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé est obsolète et ne répond absolument pas aux principes d'économie". Sauf situation exceptionnelle à justifier, les systèmes avec concentrateur d'O<sub>2</sub> ou Oxygène liquide sont donc à préférer.

Pour concentrateur d'oxygène, fixe et portable :

- Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois, une garantie de prise en charge de l'assureur est nécessaire sur justification médicale.
- En cas de thérapie avec un concentrateur de location à haut débit d'oxygène (>6L/min), une garantie de prise en charge préalable de l'assureur est nécessaire sur justification médicale.
- En cas de thérapie avec un concentrateur à l'achat, une garantie de prise en charge préalable de l'assureur est nécessaire sur justification médicale, y compris un devis comprenant la fréquence de renouvellement du tamis moléculaire et, le cas échéant, des batteries. Comme l'établissement de ce devis nécessite de connaître le débit d'oxygène et les heures de mobilité hors domicile, ces informations sont indispensables.

**En cas de traitement dépassant 3 mois, nous vous prions d'utiliser le formulaire de prescription n° 2, qui contient une demande de garantie de prise en charge par l'assurance maladie.**