

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



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

Nom/Prénom _____
 Adresse _____
 NPA/Lieu _____
 Téléphone/Natel _____
 Profession _____
 Assureur _____

Sexe _____
 Date de naissance _____
 E-Mail _____
 N° d'assurance sociale _____
 Maladie/Accident./AI _____
 N° d'assuré _____

B) Diagnostic principal

s.v.pl. reporter le code

- 00 Maladies pulmonaires obstructives
01 bronchite chronique, emphysème, 02 asthme
- 10 Maladies pulmonaires restrictives
(p. ex. fibrose, pneumoconiose, post Tbc)
- 20 Troubles respiratoires du sommeil
(p. ex. OSA, CSA, maladies mixtes)
- 30 Maladies neuromusculaires
- 90 Autres _____

- 40 Maladies vasculaires
(p. ex. hypertension pulmonaire)
- 50 Maladies cardiaques
(p. ex. cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)
- 60 Autres maladies
(p. ex. cancer, mucoviscidose, dysplasie bronch.)
- 70 Algies vasculaires de la face

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

1^{ère} année :
300 minutes

Années suivantes :
150 minutes

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'O₂ 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.