



Prescrizione medica

Ventilazione meccanica a domicilio invasiva e non invasiva

KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Prima prescrizione	Rinnovo	EMAp	OPre 7
Paziente (questa sezione va compilata in ogni sua parte)			
Nome/Cognome	_____	Lingua	A F I
Via	_____	Data di nascita	_____
NPA/Località	_____	Assicurazione per l'invalidità	Si No
Telefono	_____	Numero ID	_____
Cellulare	_____	Polizza n.	_____
E-Mail	_____	Assicuratore malattia	_____
Domanda	Primo apparecchio/prima prescrizione	Apparecchio ausiliare	
Cambio dell'apparecchio	Età > 5 anni	Difetto	
Diagnosi		Codice diagnosi principale	Codice diagnosi supplementare
10 Neuropatie		23 Miopatie congenite, metaboliche, infiammatorie	40 Ipoventilazione alveolare primaria
11 Tetraplegia		30 Malattie delle ossa, della pleura e dei polmoni	41 congenita
12 Sclerosi laterale amiotrofica		31 Cifoscoliosi	42 late onset
13 Paralisi diaframmatica bilaterale		32 Ispessimenti pleurici cicatriziali	50 Sindrome obesità- ipoventilazione
14 Sindrome post-polio		33 Stato post resezioni polmonari estese	60 Ipoventilazione in caso di malattie polmononari ostruttive
15 Amiotrofe spinali		34 Deformazioni post-traumatiche	61 COPD avanzata stabile
20 Miopatie			62 Bronchiectasie
21 Morbo di Duchenne			63 Fibrosi cistica
22 Distrofia miotonica			70 Sindrome da apnea centrale durante il sonno
			71 Sindrome da apnea complessa durante il sonno
			72 Respirazione Cheyne-Stokes
			99 Non definito/altro

Dati sulla ventilazione a domicilio		Non invasiva	Invasiva
Durata della respirazione	Di notte, numero di ore prescritte _____	Ininterrottamente 16 ore	
	Di notte e parzialmente di giorno, numero di ore _____	Inizio del trattamento _____	
Apparecchio: marchio, modello	_____		
Posizione EMap	_____		
Inizio della terapia (dimissione dall'ospedale)	_____		
Umidificatore/accessori	Integrato	Separato	Maschera _____
Marca, modello	_____		Dimensioni _____
Fornitore	_____		
Varie	Fissaggio	Batteria esterna	Mentoniera
	Adattatore O2	Tubi climatizzati	Supporto
			Valigetta di trasporto
			Cuffa
			Cavo per allarme a distanza
Informazioni aggiuntive per l'indicazione e l'assistenza (opzionale)	Si (vedi pagina 2)		
Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio	Si		No
Prescrizione/Firma del medico curante (modulo compilato dal medico)			
Medico competente	_____		
Medico prescrittore	_____		Data della prescrizione _____
Medico curante	_____		
Pneumologo dei controlli	_____		
Timbro/Firma compreso N° RCC	_____		
Si prega di inviare il modulo	KPT, Casella postale, 3001 Berna		