



Formulaire de prescription

Ventilation mécanique à domicile invasive et non invasive

KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Première prescription	Renouvellement de la presc.	LiMA	OPAS 7
Patient (remplir complètement s.v.pl.)			
Nom/Prénom	Langue	A	F I
Rue	Date de naissance		
NPA/Lieu	Assurance-invalidité	Oui	Non
Téléphone	N° ID		
Mobile	N° de police		
Email	Assureur-maladie		
Demande	Premier appareil/première ordonnance	Deuxième appareil	
Changement de l'appareil	Âge >5 ans	Default	
Diagnostic		Code du diagnostic principal	
10 Neuropathies 11 Tétraplégie 12 Sclérose latérale amyotrophique 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale 14 Syndrome post-poliomyélite 15 Amyotrophie spinale 20 Myopathies 21 Dystrophie musculaire de Duchenne		30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31 Cyphoscoliose 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre 33 Status post résection pulmonaire étendue 40 Hypoventilation alvéolaire primaire 41 congénitale 42 late onset 50 Syndrome obésité-hypoventilation 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61 BPCO avancée stable	
		Code du diagnostic secondaire 62 Bronchectasies 63 Mucoviscidose 70 Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71 Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72 Respiration de Cheyne-Stokes 99 non défini/autres	
Données en matière de ventilation à domicile		non invasive	invasive
Durée de la respiration	de nuit, nombre d'heures prescrites de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures	16h sans interruption	début du traitement
Appareil: marque, modèle		N° de série.	
Position LiMA			
Début du traitement (sortie de l'hôpital)			
Humidificateur/ accessoires	intégré	séparé	Masque
Marque/modèle			Taille
Fournisseur			
Divers	Batterie externe Sangle de tête	Mallette de l'appareil Câble d'alarme à distance	Fixation Support
Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge (optionnel)			Mentonnière Système de flexibles climatisé Oui (voir page 2)
Prescription de conseils et soins ambulatoire ou à domicile		Oui	Non
Prescription/Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur)			
Médecin compétent			
Médecin prescripteur		Date de la prescription	
Médecin de 1er recours			
Pneumologue des contrôles de suivi			
Signature/Timbre incl. No RCC			
Veuillez envoyer le formulaire à		KPT, Case postale, 3001 Berne	