



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 11 Tetraplegia 12 Sclerosi laterale amiotrofica 13 Paralisi diaframmatica bilaterale 14 Sindrome post-polio 15 Amiotrofe spinali 20 Miopatie 21 Morbo di Duchenne 22 Distrofia miotonica	23 Miopatie congenite, metaboliche, infiammatorie 30 Malattie delle ossa, della pleura e dei polmoni 31 Cifoscoliosi 32 Ispessimenti pleurici cicatriziali 33 Stato post resezioni polmonari estese 34 Deformazioni post-traumatiche	40 Ipoventilazione alveolare primaria 41 congenita 42 late onset 50 Sindrome obesità- ipoventilazione 60 Ipoventilazione in caso di malattie polmononari ostruttive 61 COPD avanzata stabile 62 Bronchiectasie 63 Fibrosi cistica 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	N. di serie _____
Posizione EMap	_____
Inizio della terapia (dimissione dall'ospedale)	_____

Umidificatore/accessori	Integrato	Separato	Maschera _____
Marca, modello			Dimensioni _____

Fornitore	
Varie	Fissaggio Adattatore O2 Batteria esterna Tubi climatizzati Mentoniera Supporto Valigetta di trasporto Cuffa Cavo per allarme a distanza

Informazioni aggiuntive per l'indicazione e l'assistenza (opzionale)	Sì (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	_____	Data della prescrizione _____
Medico prescrittore	_____	
Medico curante	_____	
Pneumologo dei controlli	_____	

Timbro/Firma compreso N° RCC	_____
Si prega di inviare il modulo	KPT, Casella postale, 3001 Berna