

Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

1 Données personnelles

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone	Portable	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Assureur-maladie	N° d'assuré	Assurance-invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Demande

Premier appareil/première ordonnance
 Deuxième appareil
 Télésurveillance
 Changement de l'appareil
 Appareil: âge > 5 ans
 Défectueux

3 Diagnostic

Codage pour les indications de ventilation à domicile

<p>10 Neuropathies</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Tétraplégie</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Sclérose latérale amyotrophique</p> <p><input type="checkbox"/> 13 Paralyse diaphragmatique bilatérale</p> <p><input type="checkbox"/> 14 Syndrome post-poliomyélite</p> <p><input type="checkbox"/> 15 Amyotrophie spinale</p> <p>20 Myopathies</p> <p><input type="checkbox"/> 21 Dystrophie musculaire de Duchenne</p> <p><input type="checkbox"/> 22 Dystrophie myotonique de Steinert</p> <p><input type="checkbox"/> 23 Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires</p> <p>30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires</p> <p><input type="checkbox"/> 31 Cyphoscoliose</p> <p><input type="checkbox"/> 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre</p> <p><input type="checkbox"/> 33 Status post résection pulmonaire étendue</p> <p><input type="checkbox"/> 34 Déformation post-traumatique</p>	<p>40 Hypoventilation alvéolaire primaire</p> <p><input type="checkbox"/> 41 Congénitale</p> <p><input type="checkbox"/> 42 Révélation tardive</p> <p>50 Syndrome d'obésité-hypoventilation</p> <p>60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives</p> <p><input type="checkbox"/> 61 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)</p> <p><input type="checkbox"/> 62 Bronchectasies</p> <p><input type="checkbox"/> 63 Fibrose kystique</p> <p>70 Syndrome des apnées centrales du sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> 71 Syndrome complexe des apnées du sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> 72 Respiration de Cheyne-Stokes</p> <p>99 Non défini / autres</p> <p><input type="text"/></p>
---	--

4 Données en matière de ventilation à domicile

Non invasive
 Invasive

Durée de la ventilation
 De nuit, nombre d'heures prescrites
 24h sans interruption

De nuit et partiellement de jour, nombre d'heures
 Début du traitement

Le patient vit ...
 ... à la maison, sans soutien en matière de soins
 ... à la maison, avec soutien en matière de soins

... dans un établissement de soins

5 Diagnostic et réussite du traitement

Poids en kg	Taille en cm	IMC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CV (%prédit)	VEMS (%prédit)	Syndrome d'apnées du sommeil (SAS)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Appareil

Si du matériel à usage unique supplémentaire dépassant le montant maximal annuel prévu dans la LiMA s'avère nécessaire, il faut transmettre un rapport/argumentaire détaillé au médecin-conseil.

Marque, modèle	Début du traitement
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 14.11.03.00.2 Appareil de servo-ventilation avec système d'humidification, y compris l'entretien et le matériel d'entretien, location
- 14.11.04.00.2 Appareil bi-level PAP en mode spontané avec système d'humidification, y compris l'entretien et le matériel d'entretien, location
- 14.12.02.00.2 Appareil de respiration à deux niveaux de pression, avec régulateur respiratoire et de durée, location
- 14.12.03.00.2 Appareil de respiration avec régulateur de durée et de volume, location

Humidificateur/ accessoires

- Intégré Séparé

Accessoires spéciaux

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Batterie externe | <input type="checkbox"/> Câble pour alarme à distance | <input type="checkbox"/> Mallette |
| <input type="checkbox"/> Support | <input type="checkbox"/> Mentonnière | <input type="checkbox"/> Système de tuyaux climatisé |
| <input type="checkbox"/> Cagoule | <input type="checkbox"/> Adaptateur O2 | <input type="checkbox"/> Pied |
| <input type="checkbox"/> Autres | <input type="text"/> | |

Fournisseur

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dräger Medical | <input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH | <input type="checkbox"/> Ligues pulmonaires cantonales |
| <input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Suisse SA | <input type="checkbox"/> Philips SA, Respironics | <input type="checkbox"/> ResMed Suisse SA |
| <input type="checkbox"/> SOS Oxygène SA | <input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz AG | |
| <input type="checkbox"/> Autres | <input type="text"/> | |

7 Suivi

Prescription pour assistance et suivi à domicile Oui Non

Suivi à domicile par

Médecin responsable

Médecin prescripteur / centre	N° RCC
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lieu	Date	Timbre et signature du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médecin traitant	Pneumologue responsable des contrôles de suivi
<input type="text"/>	<input type="text"/>

A envoyer à:

CSS, Service du médecin-conseil, Case postale 144, 1000 Lausanne 10, Adresse HIN: avd.f@css.ch

Entités juridiques pour l'assurance de base selon la LAMal: CSS Assurance-maladie SA

Entités juridiques pour l'assurance selon la LCA: CSS Assurance SA

Entité juridique pour l'assurance-accidents selon la LAA: CSS Assurance SA