

Valable 12 mois

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)

Indications générales (remplir complètement s.v.p)

Nom/Prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
NPA/Lieu	_____	Email	_____
Téléphone/Natel	_____	N° d'AVS	_____
Profession	_____	Maladie/Accident/AI	_____
Assureur	_____	N° d'assuré·e	_____

Diagnostic principal _____ (reporter le code s.v.p)

00 Maladies pulmonaires obstructives

01 bronchite chronique, emphysème, BPCO

10 Maladies pulmonaires restrictives

(ex. fibrose, pneumoconiose, post Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

(ex. OSA, CSA)

30 Maladies neuromusculaires

90 Autres _____

40 Maladies vasculaires

(ex. hypertension pulmonaire)

50 Maladies cardiaques

(ex. cœur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)

60 Autres maladies

(ex. cancer, mucoviscidose, dysplasie bronch.)

70 Algies vasculaires de la face

Valeurs mesurées (sauf pour Algie vasculaire de la face et Syndrome d'apnées centrales du sommeil)

Mesures en conditions cliniques stables	Date :	SpO2 % :	PaO2 mmHg :	PaCO2 mmHg :
1. Au repos sans O ₂				
2. Au repos sous O ₂ : _____ l/min à remplir si hypercapnie				
3. La nuit sans O ₂		SpO2 moyenne :		
		Type de test :	SpO2 au nadir :	Effort fourni :
4. Test d'effort standardisé sans O ₂				
5. Test d'effort standardisé sous O ₂ : _____ l/min				

Prescription du système de thérapie

Système oxygène liquide Bouteille oxygène comprimé

Concentrateur : Stationnaire Portable pulsé Portable continu Transportable (débit continu max. 3l/min)

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.		
Débit O ₂ à l'effort _____ l/min.	Concentrateur portable (fonctionnement en mode pulsé) : Position au repos : _____ Position à l'effort : _____	

Prestations de conseils

Conseils et éducation thérapeutique (contrôle sur place, rapport au médecin) Oui Non

Médecin prescripteur

Médecin prescripteur _____

Spécialité FMH _____

Date de début du traitement _____

Date de prescription _____

Médecin de famille _____

Médecin pneumologue _____

Signature + Timbre (incl. N°RCC)

Prescription à envoyer à :

AxelCare SA, Rue de Veyrot 35 - 1217 Meyrin - courriel : respiratoire@axelcare.ch