

Valable 3 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
- 02 asthme

10 Maladies pulmonaires restrictives

- (ex. fibrose, pneumoconiose, poste Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

- (ex. OSA, CSA, maladies mixtes)

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

Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

- 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 _____

Date de début du traitement _____

Date de prescription _____

Médecin de famille _____

Signature + Timbre (incl. N°RCC)

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