

# Ventilation invasive et non invasive à domicile

À remplir par le pneumologue traitant:  Première prescription  Renouvellement

## Patient (renseigner tous les champs)

Langue:  FR  DE  IT

|              |   |
|--------------|---|
| Nom/Prénom:  | Date de naissance:  |
| Rue, N°:     | Assurance-invalidité: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| NPA/lieu:    | N° ID:  |
| Téléphone:   | Mobile:   |
| N° d'assuré: | Assureur maladie:   |

Demande:  Premier appareil/première ordonnance  Deuxième appareil  
 Changement de l'appareil:  Âge > 5 ans  Défectueux

## Diagnostic

### 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
- 22 Dystrophie myotonique de Steinert
- 23 Myopathies congénitales,

Code diagnostic principal:

- métaboliques, inflammatoires
- 30 Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires**
- 31 Cyphoscoliose
- 32 Remaniements cicatriciels de la plèvre
- 33 Status post résection pulmonaire étendue
- 34 Déformation post-traumatique
- 40 Hypoventilation**

Code diagnostic secondaire:

- alvéolaire primaire**
- 41 congénitale
- 42 late onset
- 50 Syndrome obésité-hypoventilation**
- 60 Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives**
- 61 BPCO avancée stable
- 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 de ventilat. domicile  non invasive  invasive

Durée de la respiration  de nuit, nombre d'heures prescrites:  24h sans interruption  
 de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures: début du traitement:

Appareil: marque, modèle N° de série:

Position LiMA:

Début du traitement (sortie de l'hôpital):

Humidificateur/accessoires  intégré  séparé Masque:

Modèle et numéro de série: Taille:

Fournisseur:

Divers  Batterie externe  Fixation  Mentonnière  Mallette de l'appareil  Support  
 Sangle de tête  Adaptateur O<sub>2</sub>  Câble d'alarme à distance  Système de flexibles climatisé

Informations supplémentaires pour l'indication et la prise en charge (optionnel)  oui (voir page 2)

Prescription de conseils et soins ambulatoires ou à domicile  oui  non

## Prescription/Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur)

Médecin traitant:

Médecin ordonnant: Date de la prescription:

Médecin de 1<sup>er</sup> recours: Pneumologue des contrôles de suivi:

Timbre / signature (incl. n° RCC):