

Valable 12 mois

S'applique à toutes les personnes qui ne sont pas assurées auprès de la SVK

### Indications générales (remplir complètement s.v.p.)

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Assurance-invalidité  Oui  Non  
 NPA/Lieu \_\_\_\_\_ N° ID \_\_\_\_\_  
 Téléphone/Natel \_\_\_\_\_ N° d'assuré-e \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Assureur-maladie \_\_\_\_\_

**Demande**  1<sup>er</sup> appareil / 1<sup>ère</sup> ordonnance  2<sup>ème</sup> appareil  
 Changement de l'appareil : Appareil :  Âge > 5 ans  Défaut

### Diagnostic principal \_\_\_\_\_ Diagnostic secondaire \_\_\_\_\_ (reporter les codes s.v.p)

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>10. Neuropathies</b><br>11. Tétraplégie<br>12. Sclérose latérale amyotrophique<br>13. Paralysie diaphragmatique bilatérale<br>14. Syndrome post-poliomyélite<br>15. Amyotrophie spinale<br><br><b>20. Myopathies</b><br>21. Dystrophie musculaire de Duchenne<br>22. Dystrophie myotonique de Steinert | 23. Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires<br><br><b>30. Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires</b><br>31. Cyphoscoliose<br>32. Remaniements cicatriciels de la plèvre<br>33. Status post résection pulmonaire étendue<br>34. Déformation post-traumatique | <b>40. Hypoventilation alvéolaire primaire</b><br>41. Congénitale<br>42. Late onset<br><br><b>50. Syndrome obésité-hypoventilation</b><br><br><b>60. Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives</b><br>61. BPCO avancée stable<br>62. Bronchectasies<br>63. Mucoviscidose | <b>70. Syndrome d'apnée centrale du sommeil</b><br>71. Syndrome d'apnée du sommeil complexe<br>72. Respiration de Cheyne-Stokes<br><br><b>99. Non défini / Autres</b><br>_____ |
|---|---|---|--|

**Données en matière de ventilation à 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** : \_\_\_\_\_

Marque, modèle : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

**Fournisseur** : \_\_\_\_\_

### Assistance

Prescription pour conseil et assistance à domicile :  Oui  Non

### Prescription / Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur s.v.p)

Médecin compétent \_\_\_\_\_

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_

Date de prescription \_\_\_\_\_

Médecin de 1<sup>er</sup> recours \_\_\_\_\_

Pneumologue des contrôles de suivi \_\_\_\_\_

Signature + Timbre (incl. N°RCC)

**Prescription à envoyer à :**  
 AxelCare SA, Rue de Veyrot 35 - 1217 Meyrin - courriel : [respiratoire@axelcare.ch](mailto:respiratoire@axelcare.ch)