

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

02 asthme

10 Maladies pulmonaires restrictives

(fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)

20 Troubles respiratoires du sommeil

(OSA, CSA, maladies mixtes)

30 Maladies neuromusculaires

40 Maladies vasculaires

(hypertension pulmonaire)

50 Maladies cardiaques

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

60 Autres maladies

(cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)

90 Autres _____

Prescription pour

In-/Exsufflateur mécanique

Oscillation Oui Non

Pression _____ Fréquence _____

Prescription de conseils

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

Médecin prescripteur

Médecin prescripteur _____

Date de prescription _____

Pneumologue responsable _____

Médecin traitant _____

Signature + Timbre (incl. N°RCC)

Prescription à envoyer à :

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