

Prescrizione per la ventilazione meccanica a domicilio

Paziente (da compilare integralmente)	Cognome, nome	_____
	Via, n.	_____
	NPA, località	_____
	Telefono	Cellulare _____
	Data di nascita	_____
	Assicurazione per l'individualità	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Numero ID	_____
	N. d'assicurato	_____
	Assicuratore malattia	_____

Domanda	<input type="radio"/> Primo apparecchio / prima prescrizione	Cambio dell'apparecchio: _____
	<input type="radio"/> Apparecchio ausiliare	Apparecchio: <input type="radio"/> Età >5 anni <input type="radio"/> Difetto

Diagnosi Codici per le indicazioni per la ventilazione a domicilio	Codice diagnosi principale: _____	Codice diagnosi supplementare: _____
--	-----------------------------------	--------------------------------------

- 10 Neuropatie**
11 Tetraplegia
12 Sclerosi laterale amiotrofica
13 Paralisi diaframmatica bilaterale
14 Sindrome post-polio
15 Amiotrofie spinali

- 20 Miopatie**
21 Morbo di Duchenne
22 Distrofia miotonica
23 Miopatie congenite, metaboliche, infiammatorie

- 30 Malattie delle ossa, della pleura e dei polmoni**
31 Cifoscoliosi
32 Ispessimenti pleurici cicatriziali
33 Stato post resezioni polmonari estese
34 Deformazioni post-traumatiche

- 40 Ipoventilazione alveolare primaria**
41 congenita
42 late onset

50 Sindrome obesità-ipoventilazione

- 60 Ipoventilazione in caso di malattie polmonari ostruttive**
61 COPD avanzata stabile
62 Bronchiectasie
63 Fibrosi cistica

- 70 Sindrome da apnea centrale durante il sonno**
71 Sindrome da apnea complessa durante il sonno
72 Respirazione Cheyne-Stokes

99 Non definito / altro:

Dati sulla ventilazione a domicilio	<input type="radio"/> Non invasive	<input type="radio"/> Invasive
Durata della respirazione	<input type="radio"/> Di notte, numero di ore prescritte: <input type="radio"/> Di notte e parzialmente di giorno, numero di ore:	<input type="radio"/> Ininterrottamente 16 ore <input type="radio"/> Inizio del trattamento
Il paziente vive ...	<input type="radio"/> a casa senza assistenza nelle cure <input type="radio"/> a casa con assistenza nelle cure	<input type="radio"/> in un istituto di cura
Apparecchio (marchio, modello)	_____	N. di serie: _____
Posizione EMap	_____	
Inizio della terapia (dimissione dall'ospedale)	_____	
Umidificatore/accessori	<input type="radio"/> Integrato <input type="radio"/> Separato	Maschera: _____
	Marchio, modello: _____	Dimensione: _____

Fornitore	<input type="radio"/> Homecare Medical GmbH <input type="radio"/> ResMed Schweiz AG <input type="radio"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="radio"/> Philips AG, Respironics <input type="radio"/> VitalAire Schweiz AG <input type="radio"/>
Assistenza	Prescrizione per la consulenza e assistenza a domicilio <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	
Medici competenti	Assistenza a domicilio da parte di:	
Medico/centro prescrivente	N RCC	
Luogo e data	Timbro e firma del medico	
Medico di famiglia		
Pneumologo responsabile dei controlli		

Si prega di inviare questo modulo compilato a:
Gruppo Helsana, Casella postale, 8081 Zurigo o via e-mail all'indirizzo info@helsana.ch.