Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurance SA,
Helsana Assurance complémentaires SSA et Helsana Accidents SA.

Helsana

Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

Informations générales (veuillez compléter intégralement)	Nom, prénom	
	Rue, N°	
	NPA, localité	
	Téléphone	Portable
	Date de naissance	
	Assurance-invalidité	○ Oui ○ Non
	N° ID	
	N° d'assurance	00000000
	Assureur-maladie	

Demande	○ Premier appareil/ première ordonnance	Changement d'appareil :
	○ Deuxième appareil	Appareil : ○ Âge >5 ans ○ Défaut

Diagnostic codage pour les indications de ventilation à domicile	Code du diagnostic principal :	Code du diagnostic secondaire :

10 Neuropathies
11 Tétraplégie
12 Sclérose latérale amyotrophique
13 Paralysie diaphragmatique bilatérale
14 Syndrome post-poliomyélite
15 Amyotrophie spinale

20 Myopathies
21 Dystrophie musculaire de Duchenne
22 Dystrophie myotonique de Steinert
23 Myopathies congénitales, 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 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 en matière de ventilation à domicile	○ non invasive	○ invasive
Durée de la respiration	○ de nuit, nombres d'heures prescrites: ○ de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures :	○ 16 heures sans interruption ○ début du traitement
Le patient vit …	○ à la maison, sans soutien en patère de soins ○ dans un établissement de soins	○ à la maison, avec soutien en matière de soins
Appareil (marque, modèle)		N° de série :
Position LiMA		
Début du traitement (sortie de l'hôpital)		
Humidificateur/accessoires	○ intégré ○ séparé	Masque :
	Marque, modèle :	Taille :

2608_Form_Word_Verordnung_Heimventilation_FR

Fournisseur	○ Homecare Medical GmbH ○ ResMed Schweiz AG ○ Löwenstein Medical Schweiz AG	○ Philips AG, Respironics ○ Vivisol Schweiz AG ○
Assistance	Prescription pour conseil et assistance à domicile	○ Oui ○ Non
	Assistance à domicile fournie par :	
Médecins compétents		
Médecin prescripteur / centre	N° RCC.	

Lieu et date	Timbre et signature du médecin
Médecin traitant	
Pneumologue responsable des contrôles de suivi	

Envoyer le formulaire dûment complété à :
Groupe Helsana, Case postale, 8081 Zürich ou par courriel à **info@helsana.ch**.