**Il gruppo Helsana comprende Helsana Assicurazioni SA,
Helsana Assicurazioni integrative SA et Helsana Infortuni SA.**

Helsana

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	○ Sì ○ No
Numero ID	
N. d'assicurato	00000000
Assicuratore malattia	

Domanda

○ Primo apparecchio / prima prescrizione	Cambio dell'apparecchio:
○ Apparecchio ausiliare	Apparecchio: ○ Età >5 anni ○ 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 polmononari ostruttive
61 COPD avanzata **stabile**
62 Bronchiettasie
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	○ Non invasive	○ Invasive
Durata della respirazione	○ Di notte, numero di ore prescritte: ○ Di notte e parzialmente di giorno, numero di ore:	○ Ininterrottamente 16 ore ○ Inizio del trattamento
Il paziente vive …	○ a casa senza assistenza nelle cure ○ a casa con assistenza nelle cure	○ in un istituto di cura
Apparecchio (marchio, modello)		N. di serie:
Posizione EMAp		
Inizio della terapia (dimissione dall'ospedale)		
Umidificatore/accessori	○ Integrato ○ Separato	Maschera:
	Marchio, modello:	Dimensione:

2608_Form_Word_Verordnung_Heimventilation_IT

Fornitore	○ Homecare Medical GmbH	○ Philips AG, Respironics
	○ ResMed Schweiz AG	○ Vivisol Schweiz AG
	○ Löwenstein Medical Schweiz AG	○
Assistenza	Prescrizione per la consulenza e assistenza a domicilio	○ Sì ○ No
	Assistenza a domicilio da parte di:	
Medici competenti		
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**.