

Notice

Veillez remplir le formulaire:

Zone A – Informations patient (nom, adresse, téléphone, coordonnées d'assurance: important pour le traitement rapide de la demande).

Zone B – Diagnostic (raison pour laquelle le patient a besoin d'une LifeVest). Veuillez indiquer impérativement la durée de port prévue). Veuillez indiquer également les réglages du dispositif souhaités.

Zone C - Coordonnées du médecin prescripteur. Le prescripteur doit signer et indiquer la **date**.

Zone D - Informations complémentaires et justification pour une période de prescription > 30 jours (formulaire de demande de prise en charge des coûts requis)

- Faxer immédiatement le formulaire rempli au : 0800 820 061.
- Joindre un rapport médical actuel.
- L'original est collecté par l'employé de ZOLL CMS à la fourniture de la LifeVest.
(Veuillez envoyer **l'original du renouvellement de prescription** par la poste à ZOLL MEDICAL Switzerland AG, Bahnhofstrasse 20, 6300 Zug).

Indications selon LiMA du 1er janvier 2019:

La LifeVest est indiquée:

- Comme mesure thérapeutique temporaire si l'implantation d'un défibrillateur automatique n'est pas possible dans l'immédiat.
- Pour les patients en attente de transplantation cardiaque
- Pour les patients à haut risque d'arrêt cardiaque soudain, particulièrement en cas de dysfonction ventriculaire
- Pour les patients présentant une cardiomyopathie
- Pour les patients post-infarctus du myocarde
- Pour les patients présentant une myocardite
- Pour les patients ayant subi une revascularisation percutanée ou chirurgicale
- Pour les patients avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (LVEF) < 35%
- Note importante : Pour une durée de prescription supérieure à 30 jours, le formulaire de demande de prise en charge des coûts sera exigé (page 2 du formulaire de prescription médicale).

Prescription médicale / Demande de prise en charge

LiMA Numéro de position 09.03.01.00.2

phone / fax: 0800 820 061

Cardiovertteur-défibrillateur portable LifeVest

Zone A: Informations patients et assurances				
Nom du patient			Nom de l'assurance-maladie	N° de caisse
Prénom du patient			N° d'assuré	Statut
Rue, numéro			Ville / éventuellement numéro de téléphone de l'assurance-maladie	Valide jusqu'à
Code postal	Ville	Canton	Autres payeurs	
Date de naissance	Langue principale (DE, FR, IT)	Numéro de téléphone du patient	Coordonnées des autres payeurs	

Zone B: Diagnostic et motif de la prescription (veuillez sélectionner 1, 2, 3, et 4)

1. Raisons du risque d'arrêt cardiaque soudain :

Arrêt cardiaque soudain dû à une fibrillation ventriculaire (FV) ou une tachycardie ventriculaire soutenue (TV) spontanée ou induite, non associée à un infarctus (> 48 h après infarctus du myocarde).

Disposition familiale ou héritée avec risqué élevé de tachycardie ventriculaire, par exemple, syndrome du QT long ou cardiomyopathie hypertrophique

Fraction d'éjection FE < 35%

Explantation d'un défibrillateur interne automatique (DIA) préalablement implanté

Risque d'arythmie ventriculaire (TV/FV) d'origine non définie et pouvant mettre la vie en danger
Description:

2. Implantation d'un ICD non indiquée dans l'immédiat :

Infarctus du myocarde récent (40 jours de délai avant l'implantation d'un DAI)

Pontage aorto-coronarien prévu ou récent (90 jours de délai avant l'implantation d'un DAI)

Revascularisation percutanée (PTCA) prévue ou récente (90 jours de délai avant l'implantation d'un DAI)

Cardiomyopathie non-ischémique récemment (90 jours de délai avant l'implantation d'un DAI)

Cardiomyopathie dilatée avec amélioration supposée du débit cardiaque

Transplantation cardiaque prévue

Implantation d'un ICD différée ou impossible (par exemple à cause d'une infection aiguë, myocardite, thrombus intra-ventriculaire)

Intervention contre-indiquée

Insuffisance cardiaque NYHA classe IV

Autres motifs (veuillez détailler):

3. Durée de la prescription prévue (veuillez cocher) :

3 mois 2 mois 1 mois Autre : Prescription suivante

4. Réglages de l'appareil (veuillez entrer les valeurs dans les cases):

Fréquence cardiaque limite TV Préréglage : 150 (incréments de 10)	Fréquence cardiaque limite FV Préréglage : 200 (incréments de 10)	Energie du choc (Joule) Préréglage max : 150 (incréments de 25) <input type="text"/>	<u>OU</u>	Veuillez indiquer l'énergie de choc pour les 5 décharges 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ (incréments de 25 entre 75J-150J)
---	---	--	-----------	--

Motif : Le patient a un risque sérieux d'arrêt cardiaque soudain qui peut avoir une issue fatale ou entraîner des dommages neurologiques ou d'autres pathologies majeures. Cet APPAREIL doit être porté en permanence, à l'exception du bain ou de la douche, afin de surveiller en continu le rythme cardiaque et de dispenser immédiatement un électrochoc en cas de symptômes de tachycardie.

Zone C : Médecin prescripteur et coordonnées

Nom de l'établissement hospitalier	Rue de l'établissement hospitalier / du cabinet médical		
Nom du médecin prescripteur	Code postal	Ville	Canton
Fonction du médecin prescripteur	Numéro de téléphone du médecin		
N° du registre des organismes payeurs / Code de lieu international (GLN)	Numéro de fax du médecin		
Code de l'établissement	Service / bâtiment / numéro de chambre		
Interlocuteur en cas de questions	Numéro de téléphone de l'interlocuteur		
Date de sortie prévue : (si le patient est traité de manière stationnaire)			
Je demande la prise en charge de l'appareil prescrit et délègue le médecin traitant du secret médical vis-à-vis de l'organisme payeur.	(Tampon de l'établissement hospitalier / cabinet médical)		
X..... (Date / signature du patient)			
X..... (Date / signature du médecin)			

Zone D: Demande pour l'approbation de coût d'une prescription médicale d'un gilet défibrillateur (LifeVest) au-delà de 30 jours

Explantation d'un défibrillateur

- Indication à l'implantation d'un DAI toujours valable
 - L'infection n'a pas complètement disparu
 - Ou
 - Réimplantation impossible pour d'autres raisons
- Autres raisons :

Attente de transplantation cardiaque

- Risque élevé de PHT pendant la période d'attente
- Implantation D'un DAI impossible ou inappropriée

Implantation d'un DAI retardée :

- Indication pour l'implantation d'un DAI selon les guidelines de l'ESC
 - Implantation impossible
- Raisons :

Dysfonction ventriculaire, cardiomyopathie, myocardite

- FEVG \leq 35 %
- La cause de la dysfonction est traitable ou la dysfonction peut s'améliorer
- Perspectives d'amélioration de la fonction cardiaque
- Initiation du traitement médicamenteux d'une insuffisance cardiaque

Infarctus du myocarde

- FEVG \leq 35 %
 - et
 - Initiation du traitement médicamenteux d'une insuffisance cardiaque
 - Perspectives d'amélioration de la fonction cardiaque
 - Délai d'attente minimal de 40 jours / 6 semaines non dépassé
- (Délai d'attente recommandé selon les guidelines de l'ESC pour l'implantation d'un DAI : au moins 40 jours)
- Le délai d'attente d'implantation d'un DAI est dépassé, mais on s'attend à une amélioration de la FEVG au-delà de 35% et donc une implantation de DAI évitée

Avant ou après revascularisation (PCI ou CABG)

- FEVG \leq 35 %
 - et
 - Perspectives d'amélioration de la fonction cardiaque
 - Le délai d'attente avant l'implantation d'un DAI n'est pas dépassé.
- (Délai d'attente avant implantation d'un DAI recommandé dans les guidelines de l'ESC : jusqu'à 3 mois, Priori et al. 2015)
- Le délai d'attente d'implantation d'un DAI est dépassé, mais on s'attend à une amélioration de la FEVG au-delà de 35% et donc une implantation de DAI évitée

Autre risque élevé d'arrêt cardiaque soudain :

Justification de la part du médecin :

Lieu, Date

Signature médecin et tampon de l'établissement hospitalier