

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'invalidità Sì No

Numero ID

N. d'assicurato

Assicuratore malattia

Domanda Primo apparecchio / prima prescrizione
 Apparecchio ausiliare

Cambio dell'apparecchio:
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 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 Non invasiva Invasiva

Durata della respirazione Di notte, numero di ore prescritte _____ Ininterrottamente 24 ore
 Di notte e parzialmente di giorno, numero di 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** _____

Marca, modello dell'umidificatore: _____ Dimensioni _____

Fornitore Homecare Medical GmbH Philips AG, Respirationics
 Pan Gas AG Sleep & Health AG
 ResMed Schweiz AG SOS Oxygène SA
 Löwenstein Medical Schweiz AG
 Megamed 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 _____

Data _____ Timbro e firma del medico _____

X

Medico di famiglia _____

Pneumologo responsabile dei controlli _____

Inviare il presente formulario a: Gruppo Helsana, Casella postale, 8081 Zurigo