

## Ordonnance pour la ventilation mécanique à domicile

### Patient (veuillez compléter intégralement)

Nom, prénom

Date de naissance

Rue, N°

Assurance-invalidité

Oui

Non

NPA, localité

N° ID

Téléphone

N° d'assuré

Portable

Assureur-maladie

### Demande

Premier appareil / première ordonnance

Deuxième appareil

Changement de l'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, nombre d'heures prescrites \_\_\_\_\_

24h sans interruption

de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures \_\_\_\_\_

début du traitement

### Le patient vit:

à la maison, sans soutien en matière de soins

à la maison, avec soutien en matière de soins

dans un établissement 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

### Fournisseur

Homecare Medical GmbH

Megamed AG

Pan Gas AG

Philips AG, Respirationics

ResMed Schweiz AG

Sleep & Health AG

Löwenstein Medical Schweiz AG

### Assistance

Prescription pour conseil et assistance à domicile

Oui

Non

Assistance à domicile fournie par:

### Médecins compétents

Médecin prescripteur / centre

N° RCC

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 Zurich.

X