

Prescrizione per la ventilazione meccanica a domicilio

Paziente (da compilare integralmente)

Cognome, nome

Data di nascita

Via, n.

Assicurazione per l'invalidità Sì No

NPA, località

Numero ID

Telefono

N. d'assicurato

Cellulare

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

- 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

Codice diagnosi principale:

Codice diagnosi supplementare:

- 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

Megamed AG

Pan Gas AG

Philips AG, Respironics

ResMed Schweiz AG

Sleep & Health 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

Data

Timbro e firma del medico

Medico di famiglia

Pneumologo responsabile dei controlli

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

X