

Formulaire de prescription ST Medical

A) Indications générales (remplir en caractère d'imprimerie et complètement SVP)	
Nom / Prénom: _____	Sexe: <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F
Nom et Prénom du/de la représentant/-e légal/-e pour les enfants: _____	
Adresse: _____	Date de naissance: _____
NPA / Lieu: _____ Ct: _____	No AVS: _____
Téléphone / Natel: _____	Assurance invalidité: _____
Profession: _____	CM-No membre: _____
Caisse maladie: _____	Section: _____

B) Diagnostic principal / Indication	
<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires obstructives	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose
<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires restrictives	<input type="checkbox"/> Maladies neuro-musculaires
<input type="checkbox"/> Autres maladies pulmonaires _____	<input type="checkbox"/> Autre: _____
Appareil de thérapie respiratoire pour l'amélioration de	
<input type="checkbox"/> La fonction pulmonaire	
<input type="checkbox"/> Les capacités physiques	
<input type="checkbox"/> La mobilisation des sécrétions	

C) Examens pour l'instruction
Capacité vitale (CV): _____ l
Ventilation volontaire maximale (VVM): _____ l/min (optionnel)

D) Prescription de l'appareil et des accessoires	
<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.1	Achat STMedical (prescription uniquement par Médecin Pneumologue, approbation par le médecin conseil, max. 1 appareil par 5 année)
<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.2	Location 3 mois STMedical (max. 3 mois selon montant maximal des coûts pris en charge)
Accessoires:	
<input type="checkbox"/> 14.03.11.01.1	Ballon de ventilation (une fois par année) Volume du ballon = 50% de la capacité vitale (CV) en litres. <input type="checkbox"/> 0.5L <input type="checkbox"/> 1.0L <input type="checkbox"/> 1.5L <input type="checkbox"/> 2.0L <input type="checkbox"/> 2.3L <input type="checkbox"/> 3.0L
<input type="checkbox"/> 14.03.11.02.1	Embout buccal (une fois par année)

E) Prescription pour conseils et soins	
<input type="checkbox"/> 14.03.11.03.1	Formation (1ère instruction) pour l'appareil de thérapie respiratoire par : _____

F) Médecin prescripteur	
Médecin prescripteur _____	Timbre / Signature (incl. No de concordat)
Clinique / Cabinet _____	
Date de la prescription _____	
Médecin de famille _____	

**Les données personnelles du patient ne seront transmises que pour les besoins des formalités avec la caisse maladie
Le patient est informé et donne son accord pour la transmission de ses données personnelles.**

Copie de la prescription à:

Points de remise : _____

Lieu d'instruction: _____

