

PRESCRIZIONE MEDICA

Ventilazione meccanica a domicilio invasiva e non invasiva

Utilizzabile da tutti gli assicuratori non facenti parte della SVK.

Prima prescrizione
Rinnovo
(Da compilare tramite la Lega)
EMAp OPre 7

5

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE



A) Paziente (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Lingua DE FR IT

Nome/Cognome _____

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

B) Diagnosi

Codice diagnosi principale:

Codice diagnosi supplementare:

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 10 Neuropatie | 22 Distrofia miotonica | 34 Deformazioni post-traumatiche | 63 Fibrosi cistica |
| 11 Tetraplegia | 23 Miopatie congenite, metaboliche, infiammatorie | 40 Ipoventilazione alveolare primaria | 70 Sindrome da apnea centrale durante il sonno |
| 12 Sclerosi laterale amiotrofica | | 41 congenita | 71 Sindrome da apnea complessa durante il sonno |
| 13 Paralisi diaframmatica bilaterale | 30 Malattie delle ossa, della pleura e dei polmoni | 42 late onset | 72 Respirazione Cheyne-Stokes |
| 14 Sindrome post-polio | 31 Cifoscoliosi | 50 Sindrome obesità-ipoventilazione | 99 Non definito/altro |
| 15 Amiotrofie spinali | 32 Ispessimenti pleurici cicatriziali | 60 Ipoventilazione in caso di malattie polmonari ostruttive | |
| 20 Miopatie | 33 Stato post resezioni polmonari estese | 61 COPD avanzata stabile | |
| 21 Morbo di Duchenne | | 62 Bronchiectasie | |

C) 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 _____

Apparecchio: marchio, modello _____ N. di serie _____

Posizione EMAP _____

Inizio della terapia (dimissione dall'ospedale) _____

Umidificatore/accessori Integrato Separato **Maschera** _____

Marca, modello: _____ **Dimensioni** _____

Fornitore _____

Prima istruzione e adattamento iniziale da parte Lega polmonare Sì

Varie Batteria esterna Cavo per allarme a distanza Fissaggio Mentoniera Tubi climatizzati
 Cuffia Valigetta di trasporto Supporto Adattatore O₂

Informazioni aggiuntive per l'indicazione e l'assistenza (opzionale) Sì (vedi pagina 2)

D) Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio

Sì No

(secondo l'accordo aggiuntivo Lega polmonare/Tarifsuisse ag del 01.01.2015)

Soglia di riferimento in minuti

- Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.
- La prescrizione medica è consegnata per 6 mesi, si riconduce automaticamente per 6 mesi supplementari.
- In caso di bisogno aumentato di cure, riempire il formulario 6.

Disturbo respiratorio durante il sonno

Primo anno: 200 minuti
Anni successivi: 120 minuti

Ventilazione polmonare insufficiente

Primo anno: 420 minuti
Anni successivi: 270 minuti

E) Prescrizione/Firma del medico curante (modulo compilato dal medico)

Medico competente _____

Timbro/Firma compreso N° RCC

Medico prescrittore _____

Data della prescrizione _____

Medico curante _____

Pneumologo dei controlli _____

Inviare la prescrizione a _____