

# PRESCRIZIONE MEDICA

## Apparecchio per aerosol & Aspiratore/Cura

In conformità alle direttive della Società Svizzera di Pneumologia

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

# 1

LUNGENLIGA  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE

### A) Informazioni generali (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Nome/Cognome _____	Sesso _____
Indirizzo _____	Data di nascita _____
NPA/Località _____	Ct _____
Telefono/Natel _____	No di sicurezza sociale _____
Professione _____	Malattia/Acc./Al _____
Assicuratore _____	Numero d'assicurato _____

### B) Diagnosi principale

#### 00 Malattie polmonari ostruttive

01 bronchite cronica, enfisema  
02 asma

#### 10 Malattie polmonari restrittive

(fibrosi polmon., pneumoconiosi, silicosi, post Tbc)

#### 20 Disturbi respiratori del sonno

(OSA, CSA, malattie miste)

#### 30 Malattie neuromuscolari

### selezionare il codice

#### 40 Malattie vascolari

(ipertensione polmonare)

#### 50 Malattie cardiache

(cuore polmonare, malformazione card., insufficienza cardiaca)

#### 60 Altre malattie

(cancro, mucoviscidosi, ipoventilazione alv., broncodisplasia)

#### 90 Altre \_\_\_\_\_

### C) Prescrizione per

(si prega di barrare con una crocetta la soluzione prescelta)

#### Apparecchio per aerosol

Durata prevista della terapia:  ≤ 90 giorni  
 > 90 giorni

Nebulizzatore spec. per antibiotici e steroidi

Maschera di silicone per bambini

#### Apparecchio aspiratore per le vie respiratorie

Inizio del trattamento \_\_\_\_\_

Farmaco	Dose	Somministrazione giornaliera
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### D) Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio

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

si  no

Soglia di riferimento in minuti

1) Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.

2) La prescrizione medica è consegnata per 6 mesi, si riconduce automaticamente per 6 mesi supplementari.

3) In caso di bisogno aumentato di cure, riempire il formulario 6.

Terapia per inalazione  
Primo anno: 120 minuti

Terapia per inalazione  
Anni successivi: 60 minuti

Aspirazione Primo anno:  
180 minuti

Aspirazione Anni successivi:  
90 minuti

### E) Medico prescrivente

Medico prescrivente \_\_\_\_\_

Data della prescrizione \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Timbro e firma (compreso N° RCC)

Inviare la prescrizione a \_\_\_\_\_