

# PRESCRIZIONE MEDICA

## Ossigenoterapia di breve durata/Cura

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

# 4



In conformità alle direttive della Società Svizzera di Pneumologia ed alle limitazioni EMAP

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

Nome/Cognome _____	Sesso _____
Indirizzo _____	Data di nascita _____
NPA/Località _____	Cantone _____
Telefono/Natel _____	N° di sicurezza sociale _____
Professione _____	Malattia/Acc./Al _____
Assicuratore _____	Numero d'assicurato _____

### B) Diagnosi principale selezionare il codice

<b>00 Malattie polmonari ostruttive</b> 01 bronchite cronica, enfisema, 02 asma	<b>40 Malattie vascolari</b> (ipertensione polmonare)
<b>10 Malattie polmonari restrittive</b> (fibrosi polmon., pneumoconiosi, silicosi, post Tbc)	<b>50 Malattie cardiache</b> (cuore polmonare, malformazione card., insufficienza cardiaca)
<b>20 Disturbi respiratori del sonno</b> (OSA, CSA)	<b>60 Altre malattie</b> (cancro, mucoviscidosi, ipoventilazione alv., broncodisplasia)
<b>30 Malattie neuromuscolari</b>	<b>70 Cefalea a grappolo</b>
<b>90 Altre</b> _____	

### C) Prescrizione per ossigenoterapia di breve durata

Fisso  Concentratore  Gas compresso      Mobile  Concentratore  Gas compresso

(massimo per 3 mesi, se la terapia è prevista oltre i 3 mesi, si prega di utilizzare il modulo di prescrizione 2)

Flusso di O <sub>2</sub> a riposo _____ l/min.	Durata _____ ore/giorno	Mobilità _____ ore/giorno (con O <sub>2</sub> fuori dall'abitazione)
Flusso di O <sub>2</sub> di notte _____ l/min.		
Flusso di O <sub>2</sub> durante l'esercizio _____ l/min.	Per gaz compresso : <input type="checkbox"/> Valvola di risparmio <input type="checkbox"/> Riduttore di pressione	Per il concentratore fisso: Sistema di ricarica per O <sub>2</sub> compresso <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

### 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

- 1) Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.
- 2) La prescrizione medica è valida per 6 mesi, prolungabile automaticamente per 6 mesi supplementari.
- 3) In caso di bisogno aumentato di cure, riempire il formulario 6.

**Primo anno:**  
300 minuti

**Anni successivi:**  
150 minuti

### E) Medico prescrivente

Medico prescrivente \_\_\_\_\_  
Data d'inizio del trattamento \_\_\_\_\_  
Data della prescrizione \_\_\_\_\_  
Medico curante \_\_\_\_\_

Timbro e firma (compreso N° RCC)

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

**Riassunto delle limitazioni estratte dall'elenco di mezzi e degli apparecchi (EMAp), contenuto del 01.04.2022 riguardante la prescrizione di gas compresso, concentratore di ossigeno.  
In caso di dubbio, si prega di fare riferimento al testo originale.**

Per le bombole di ossigeno compresso (tutte le dimensioni):

- Viene rimborsato un massimo di 5 riempimenti al mese.
- Per un periodo di trattamento superiore a 6 mesi, è necessaria una garanzia preliminare dell'assicuratore. EMAp indica che "l'ossigenoterapia a lungo termine con bombole di gas compresso è obsoleta e non risponde affatto ai principi di economia". A meno che una situazione eccezionale possa essere giustificata, i sistemi con un concentratore di O<sub>2</sub> o ossigeno liquido sono quindi da preferire.

Per concentratori di ossigeno fissi e portatili:

- Per una durata di trattamento superiore a 3 mesi, una garanzia di copertura da parte dell'assicuratore è richiesta su giustificazione medica.
- In caso di terapia con un concentratore a noleggio con un flusso di ossigeno elevato (>6L/min), l'assicuratore deve fornire una garanzia di pagamento preventivo per motivi medici.
- Nel caso di una terapia con un concentratore, per l'acquisto, è richiesta una garanzia di copertura preventiva dell'assicuratore con giustificazione medica, compresa una valutazione per la frequenza della sostituzione del setaccio molecolare e, se del caso, delle batterie. Poiché questa stima richiede la conoscenza del fabbisogno di ossigeno e delle ore di mobilità fuori casa, queste informazioni sono indispensabili.

**In caso di trattamento superiore a 3 mesi, si prega di utilizzare il modulo di prescrizione n. 2, che contiene una domanda di garanzia di copertura da parte dell'assicurazione malattia.**