

PRESCRIZIONE MEDICA

Ossigenoterapia di breve durata/Cura

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

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

4


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 ossigenoterapia di breve durata

- Sistema gas compresso (max. 1 mese, oltre il mese necessita motivazione al punto D)
 Sistema gas liquido (max. 3 mesi, per una terapia più lunga, compilare cert. N°2)
 Concentratore (max. 3 mesi, per una terapia più lunga, compilare cert. N°2)

Osservare le limitazioni
EMAp vedi retro

Durata _____ ore/giorno	Flusso O ₂ a riposo _____ l/min	Flusso O ₂ sotto sforzo _____ l/min
Mobilità _____ ore/giorno (fuori dell'abitazione)	Mobilità con _____	Inizio trattamento _____
Somministrazione _____	Valvola risparmio _____	
	Annotazione _____	

D) Motivazione per sistema gas compresso

qualora la durata prevista del trattamento sia superiore al mese

E) 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.

Primo anno:
300 minuti

Anni successivi:
150 minuti

F) Medico prescrivente

Medico prescrivente _____

Data della prescrizione _____

Medico curante _____

Timbro e firma (compreso N° RCC)

Inviare la prescrizione a _____

Riassunto delle limitazioni dell' Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp), Versione dell' 01.01.2009 in merito alla prescrizione di bombole di ossigeno compresso, concentratore di ossigeno ed ossigeno terapia mobile mediante gas compresso (in caso di dubbio va consultato la versione in originale)

Limitazioni valide per bombole di ossigeno compresso di qualsiasi dimensione:

- Rimborso massimo di 5 ricariche al mese.
- Per un trattamento terapeutico di durata superiore al mese, è necessaria una garanzia preventiva dei costi da parte dell'assicuratore sulla base di parere conforme del medico.

Limitazioni valide per il concentratore di ossigeno:

- Per un trattamento terapeutico di durata superiore a 3 mesi, è necessaria una garanzia preventiva dei costi da parte dell'assicuratore sulla base di parere conforme del medico.

Limitazioni valide per il sistema mobile di ossigeno compresso:

- Comprende il noleggio, la ricarica delle bombole, il riduttore di pressione, la consegna delle bombole a domicilio e l'eventuale valvola-risparmio e concentratore di ossigeno mobile.
- Per un trattamento terapeutico di durata superiore a 3 mesi è necessaria una garanzia preventiva dei costi da parte dell'assicuratore. Questa garanzia può essere accordata in caso di ipossia isolata, dipendente da sforzo.