

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 _____	E-Mail _____
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**
- 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 _____

Timbro e firma (compreso N° RCC)

Data della prescrizione _____

Medico curante _____

Inviare la prescrizione a _____