

Identification du service conventionné
(y compris le numéro d'identification INAMI
et numéro de téléphone)

OXYGENOTHERAPIE DE LONGUE DUREE A DOMICILE
Prescription Médicale et Justification

Identification du bénéficiaire (nom et prénom, date de naissance, les données O.A.)

Sorte de demande

- première demande
- changement de modalité
- prolongation

Modalité d'oxygénothérapie prescrite et indication pour cette forme d'oxygénothérapie¹

Modalité d'oxygénothérapie prescrite	Indication pour cette forme d'oxygénothérapie sur base de l'article 3
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur fixe:	<input type="radio"/> § 1, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2)
	<input type="radio"/> § 1, 3)
	<input type="radio"/> § 5,1 ^o alinéa
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur avec compresseur de remplissage:	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 2, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2) ou <input type="radio"/> § 1, 3) et <input type="radio"/> § 2, 2)
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur fixe + oxyconcentrateur portable:	<input type="radio"/> § 1, 2) ou <input type="radio"/> § 1, 3) et <input type="radio"/> § 3, 1) a)
	<input type="radio"/> § 1, 2) ou <input type="radio"/> § 1, 3) et <input type="radio"/> § 3, 1) b)
	<input type="radio"/> § 1, 2) ou <input type="radio"/> § 1, 3) et <input type="radio"/> § 3, 1) c)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) a)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) b)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) c)
	<input type="radio"/> § 3, 3)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 4)
	<input type="radio"/> § 1, 2) et § 3, 4)
	<input type="radio"/> § 5, 3 ^o alinéa
<input type="radio"/> Oxygène liquide:	<input type="radio"/> § 1, 2) et § 4,1
	<input type="radio"/> § 1, 3) et § 4,1
	<input type="radio"/> § 3, 3) et § 4,1
	<input type="radio"/> § 4, 2)
	<input type="radio"/> § 5, 4 ^o alinéa
<input type="radio"/> oxyconcentrateur portable	<input type="radio"/> § 6
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur + des bonbonnes légères d'oxygène gazeux 0,4 m ³ (cf. art 26 de la convention):	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 2, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2) ou <input type="radio"/> § 1, 3) et <input type="radio"/> § 2, 2)
	<input type="radio"/> § 5, 2 ^o alinéa

Réseau de rééducation fonctionnelle: identification du médecin traitant concerné

Modalités pratiques:

- thérapie prescrite: litres d'O₂ par minute durant heures par jour
- Période d'intervention: du auinclus.

<p>Cachet du médecin prescripteur</p> <p>Date Signature</p>	<p>Décision du Médecin-conseil :</p> <p><input type="radio"/> accord pour la période sollicitée</p> <p><input type="radio"/> accord du au inclus</p> <p>Motivation:</p> <p><input type="radio"/> complément d'information requis :</p> <p><input type="radio"/> refus d'intervention :</p> <p>Motivation :</p> <p>Date Signature</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹ Cochez la modalité et les indications qui sont d'application pour le bénéficiaire. Pour donner les détails : voir au verso

DONNES MEDICALES DEMONTRANT QUE LE PATIENT MENTIONNE AU RECTO REpond A L'INDICATION PREVUE A LA CONVENTION POUR LA MODALITE D'OXYGENOTHERAPIE PRESCRITE

Mentionnez ici au minimum le diagnostic médical et la valeur des paramètres objectifs mentionnés à l'article 3 de la convention. Joignez aussi en annexe les pièces qui appuient certaines données diagnostiques, si cela est demandé dans la convention.

A spécifier dans le cas où l'indication mentionnée pour une oxygénothérapie de longue durée (cf. les indications reprises dans l'article 3 de la convention) est basée partiellement sur la présence d'un cœur pulmonaire chronique comme il ressort d'une échographie Doppler	
Gradient trans-tricuspidien calculé sur base d'une échographie Doppler, appliquant l'équation de Bernouilli simplifiée (TRPG = tricuspid regurgitant pressure gradient) :	... mm Hg
Estimation de la pression droite de l'atrium (RAP = right atrial pressure). Pour faire cette estimation, vous pouvez choisir une des deux méthodes suivantes, en se basant sur une mesure par échographie Doppler :	
➤ Estimation de la pression droite de l'atrium (RAP) sur base de la taille de l'obstruction de la veine cave inférieure lors de l'inspiration (<i>obstruction complète = 5 mm Hg; obstruction partielle = 10 mm Hg; absence d'obstruction = 15 mm Hg</i>)	... mm Hg
➤ Estimation de la pression droite de l'atrium (RAP) sur base de la régurgitation au niveau de la valve pulmonaire, convertie en mm Hg	... mm Hg