

Kontinuierliche O2 - Verschreibung Langzeittherapie

FORMULAR A

Erste Verschreibung

Erneuerung

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN (dieser Abschnitt ist vollständig auszufüllen)

Name und Vorname

Geschlecht

F

M

Geburtsdatum (tt/mm/jj)

Adresse

NPA

Kanton

Tel

Mail

AHV-Nr

Krankenkasse

Pathologie

2. HAUPTDIAGNOSE (kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an)

Obstruktive pulmonale Erkrankungen

(COPD, Emphysem, etc.)

Restriktive Lungenkrankheiten

(Lungenfibrose, usw.)

Neuromuskuläre Krankheiten

(ALS, etc)

Gefäßkrankheiten

(Muskulärer Bluthochdruck, usw.)

Herzkrankheiten

(Herzinsuffizienz, etc)

Andere Krankheiten

(Krebs, Mukoviszidose, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

3. OBLIGATORISCHE TESTS

ja nein (Symptome eines chronisch pulmonalen Herzens)

VC (%) FEV1 (%)

Labortests mmGH kPa

Hämoglobin (g/l) Hämatokrit (%)

Arterielle Blutgase

Datum (tt/mm/jj)

PaO2

PaCO2

SaO2 (%)

(1) in Ruhe (ohne O2)

(2) in Ruhe (nach >30 min mit O2)

(3) Standardübung (ohne O2)

(4) unter normaler Druck (mit O2)

4. O2 KONZENTRATOR THERAPIE REZEPT

TRAGBAR KONZENTRATOR

Empfohlenes Modell

Stunden pro Tag

Einsellung unter Druck

Einstellung in Ruhe

Einstellung in der Nacht

STATIONÄRE KONZENTRATOR

Empfohlenes Modell

Stunden pro Tag

Einstellung in Ruhe

Einstellung in der Nacht

5. FLÜSSIGSAUERSTOFF-THERAPIE REZEPT

FLÜSSIGSAUERSTOFF

Stunden pro Tag (h/Tag)

Tragbarer Zylinder

ja nein

Mobilität (h/Tag)

Dosierventil

ja nein

Fluss in Ruhe (l/min)

Fluss unter Druck (l/min)

Verwaltung

Therapiebeginn (tt/mm/jj)

6. REZEPT FÜR HÄUSLICHE BERATUNG

ja nein

Datum der Verschreibung (tt/mm/jj)

Hausarzt/Hausärztin Pneumologe/Pneumologin

Anmerkungen

Stempel/Unterzeichnung
(mit RCC-Nr.)

Das Rezept kann direkt aus PDF-Dateien oder manuell ausgefüllt werden und muss gesendet werden an die E-Mail Adresse prescrizioni@artsource.ch. Im Falle einer Nichtzustellung an die angegebene Adresse, kontaktieren Sie uns bitte unter der E-Mail Adresse info@artsource.ch.