



CSS

Assicurazione

Prescrizione per la ventilazione meccanica a domicilio

1 Generalità

Cognome	Nome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, n.	NPA/località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono	Cellulare	Assicurazione per l'invalidità <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Assicuratore malattia	Numero d'assicurato	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Domanda

Primo apparecchio/prima prescrizione Apparecchio ausiliare Telemonitoraggio Cambio dell'apparecchio Apparecchio: Et  > 5 anni Difetto

3 Diagnosi

Codici per le indicazioni per la ventilazione a domicilio

10 Neuropatie	40 Ipoventilazione alveolare primaria
<input type="checkbox"/> 11 Paraplegia alta	<input type="checkbox"/> 41 Congenita
<input type="checkbox"/> 12 Sclerosi laterale amiotrofica	<input type="checkbox"/> 42 Ad insorgenza tardiva (late onset)
<input type="checkbox"/> 13 Paralisi bilaterale del diaframma	<input type="checkbox"/> 50 Sindrome obesit�-ipoventilazione
<input type="checkbox"/> 14 Sindrome post-polio	60 Ipoventilazione nelle malattie polmonari ostruttive
<input type="checkbox"/> 15 Amiotrofia spinale	<input type="checkbox"/> 61 BPCO stabile avanzata
20 Miopatie	<input type="checkbox"/> 62 Bronchiectasia
<input type="checkbox"/> 21 Distrofia di Duchenne	<input type="checkbox"/> 63 Fibrosi cistica
<input type="checkbox"/> 22 Distrofia miotonica	70 Sindrome da apnea centrale nel sonno
<input type="checkbox"/> 23 Miopatie infiammatorie, congenite, metaboliche	<input type="checkbox"/> 71 Sindrome da apnea complessa nel sonno
30 Malattie dello scheletro, della pleura e del polmone	<input type="checkbox"/> 72 Respirazione Cheyne-Stoke
<input type="checkbox"/> 31 Cifoscoliosi	99 Non definito/altro
<input type="checkbox"/> 32 Alterazioni pleuriche cicatrizzate	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 33 Status in seguito a resezione polmonare estesa	
<input type="checkbox"/> 34 Cambiamento post-traumatico	

4 Dati sulla ventilazione a domicilio

Non invasiva Invasiva

Durata della respirazione

Di notte, numero di ore prescritte

24 ore ininterrotte

Di notte e parzialmente di giorno, numero di ore

Inizio del trattamento

Il paziente vive ...

... a casa senza assistenza nelle cure

... a casa con assistenza nelle cure

... in un istituto di cura

5 Diagnostica e successo della terapia

Peso in kg	Altezza in cm	BMI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VC (%valore norma)	FEV1 (%valore norma)	Sindrome delle apnee nel sonno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Apparecchio

In caso di necessità supplementare di materiale di consumo, oltre l'importo annuo massimo menzionato nell'EMAp, è necessario un rapporto esaustivo/è necessaria una motivazione esaustiva, da sottoporre all'attenzione del medico di fiducia.

Marca, modello	Inizio della terapia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 14.11.03.00.2 Apparecchio di servo-ventilazione con sistema di umidificazione e manutenzione compreso materiale di manutenzione, noleggio	
<input type="checkbox"/> 14.11.04.00.2 Apparecchio bi-level PAP in modalità spontanea con sistema di umidificazione e manutenzione compreso materiale di manutenzione, noleggio	
<input type="checkbox"/> 14.12.02.00.2 Respiratore a due livelli, con regolazione respiratoria e temporale, noleggio	
<input type="checkbox"/> 14.12.03.00.2 Respiratore a due livelli, con regolazione volumetrica o/e temporale, noleggio	

Umidificatore / accessori

Integrato Separato

Accessori speciali

Batteria esterna Comando a dist. con sistema di sicurezza Valigetta per l'apparecchio
 Fissaggio Sottogola Sistema di risc. e umidificazione
 Cappuccio Adattatore O2 Supporto
 Altri

Fornitore

Dräger Medical Homecare Medical GmbH Leghe polmonari cantonali
 Löwenstein Medical Svizzera SA Philips SA, Respironics ResMed Svizzera SA
 SOS Oxygène SA VitalAire Schweiz AG
 Altri

7 Assistenza

Prescrizione per la consulenza e l'assistenza a domicilio Sì No

Assistenza a domicilio da parte di

Medici di competenza

Medico/centro prescrivente

N. RCC

Luogo

Data

Timbro e firma del medico

Medico di famiglia

Pneumologo responsabile dei controlli

Inviare a:

CSS Assicurazione, Servizio di medico di fiducia, Casella postale 168, 6932 Breganzona, Indirizzo HIN: avd.i@css.ch

Soggetti di diritto per l'assicurazione di base secondo la LAMa: CSS Assicurazione malattie SA, Arcosana SA

Soggetti di diritto per l'assicurazione secondo la LCA: CSS Assicurazione SA

Soggetto di diritto per l'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF: CSS Assicurazione SA