

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR UN TRAITEMENT D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE DE LONGUE DURÉE, A DOMICILE

(Art. R 165-23 du Code de la Sécurité Sociale - arrêté du 30.08.89)

Demande initiale pour 5 mois (1) Prolongation (1) Prescription modifiée (1)
A COMPTER DU 7-5-14

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° D'IMMATRICULATION _____
 NOM PATRONYMIQUE (Surn.) THOMAS
S'il y a lieu, du nom d'usage
 PRÉNOM Charles - Henri
 ADRESSE _____
 ORGANISME D'AFFILIATION _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

S'agit-il d'un accident ? OUI NON Date de cet accident _____
 Si le malade est **PENSIONNÉ(E) DE GUERRE** et si la demande concerne l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM _____
 Prénom _____
 Sexe M F Date de naissance _____
 Lien avec l'assuré(e)
 Conjoint Autre membre de la famille
 Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)
 Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ? OUI NON

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE

ACTIVITÉ SALARIÉE OU ARRÊT DE TRAVAIL
 ACTIVITÉ NON SALARIÉE
 SANS EMPLOI ➔ Date de cessation d'activité _____
 PENSIONNÉ(E)
 AUTRE CAS, lequel _____

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) ➔ _____

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

Est-il en rapport avec une affection de longue durée ?
 reconnue sur liste OUI NON reconnue hors liste OUI NON

	Poste fixe	Deambulation (1)	Durée (h/j)	Débit (l/mn)
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie par concentrateur				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie gazeuse par bouteille				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie liquide				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique à l'embout buccal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par masque nasal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique				
<input checked="" type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue			<u>6h/ nuit</u>	
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
Autres : <u>Autoset 4-8 cm</u>				

APPAREILLAGE PRESCRIT

A l'acte (hors association)
 Association : NOM _____
 ADRESSE _____
 FORFAIT SOINS N° _____

S2A Santé Ile de France
 23, rue Raspail
 94200 IVRY SUR SEINE
 ☎ 0 993 322 697 - ☎ 01 53 14 17 01
 ✉ contact@s2asante.fr
 RCC 526 747 362

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O ₂ liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR Date 7-5-14
Pr. Isabelle ARNULF
 Neurologue
 Service des Pathologies du Sommeil
 Centre de Référence maladies rares :
 Hypersomnie, syndrome de Kleine-Levin
 et autres troubles du sommeil
 Hôpital Pitié-Salpêtrière / Charles Foix
 Secréariat : 0142167702
 N° RPPS : 10001034528

Signature Isabelle Arnulf
 Autre Neurologue

CONFIDENTIEL - Réservé à l'information du Contrôle Médical

• ÉTIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (1)

Principale (1 choix possible) Secondaire (2 choix possibles)

Bronchite chronique (avec ou sans emphysème)
 Lésions mutilantes, post-tuberculeuses et autres
 Asthme à dyspnée continue
 Fibroses et processus interstitiels
 Cypho-scoliose
 Emphysème primitif
 Dilatations étendues des bronches
 Myopathies
 Autres atteintes neuro-musculaires
 Pneumoconioses
 Apnées du sommeil
 Mucoviscidose
 Dysplasie broncho-pulmonaire du nourrisson
 Autre : anomalie respiratoire transitoire

• **TABAC** N'a jamais fumé Ne fume plus Fume

• **ÉTAT CLINIQUE** Antécédent d'I.V.D.
 I.V.D. actuelle

• **SPIROGRAPHIE (1)** Date _____
 Poids _____ kg Capacité vitale _____ ml VEMS _____ ml
 Taille _____ cm Capacité totale _____ ml

• **GAZ DU SANG ARTÉRIEL (1) (2)** : kPa ou mmHg

DATES	pH	PaCO ₂	PaO ₂	SaO ₂
REPOS EN AIR (1 ^{re} mesure)				
REPOS EN AIR (2 ^e mesure)				
REPOS SOUS O ₂ ET/OU VENTILATION (1)				
A L'EFFORT EN AIR (1)				

• **HEMATOCRITE** : _____ %
 • **CAS PARTICULIERS (1)** : Clémence, handicapée
IAH = 20 SAS de SP

AVIS DU CONTRÔLE MÉDICAL

Avis favorable du _____ au _____
 Forfait association Location Achat
 Avis défavorable MOTIF _____
 Date _____
 Signature _____

DÉCISION DE L'ORGANISME

Accord jusqu'au _____
 Forfait association Location Achat
 Taux de remboursement _____ %
 Refus ➔ MOTIF (voir notification jointe)
 Date _____
 Signature _____