

**A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)**

No D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_  
 NOM PATRONYMIQUE (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 ORGANISME D'AFFILIATION \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 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	Déambulation (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 type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue				
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Autres :				

**APPAREILLAGE PRESCRIT**

A l'acte (hors association)  
 Association : NOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 FORFAIT SOINS No \_\_\_\_\_

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

Pneumologue  Réanimateur  Généraliste  Autre \_\_\_\_\_

**AVIS DU CONTRÔLE MÉDICAL**

Avis favorable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 Forfait association  Location  Achat  
 Avis défavorable MOTIF \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_

• 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	PaCO2	PaO2	SaO2
	REPOS EN AIR (1re mesure)				
	REPOS EN AIR (2e mesure)				
	REPOS SOUS O2 ET/OU VENTILATION (1)				
	A L'EFFORT EN AIR (1)				

• HEMATOCRITE : \_\_\_\_\_ %  
 • CAS PARTICULIERS (1) : \_\_\_\_\_

**DÉCISION DE L'ORGANISME**

Accord jusqu'au \_\_\_\_\_  
 Forfait association  Location  Achat  
 Taux de remboursement \_\_\_\_\_ %  
 Refus → MOTIF (voir notification jointe)

Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet  
 (2) Cocher la case de la réponse exacte.

**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 3 mois (1)       Prolongation (1)       Prescription modifiée (1)

A COMPTER DU \_\_\_\_\_

**VOLET 2**  
A CONSERVER  
PAR LE  
SERVICE ADMINISTRATIF

**A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)**

No D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_  
 NOM PATRONYMIQUE (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 ORGANISME D'AFFILIATION \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 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	Déambulation (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 type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue				
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Autres :				

**APPAREILLAGE PRESCRIT**

A l'acte (hors association)  
 Association : NOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 FORFAIT SOINS No \_\_\_\_\_

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

Pneumologue     Réanimateur     Généraliste     Autre \_\_\_\_\_

**AVIS DU CONTROLE 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 \_\_\_\_\_

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet  
 (2) Cocher la case de la réponse exacte.

**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 3 mois (1)       Prolongation (1)       Prescription modifiée (1)  
A COMPTER DU \_\_\_\_\_

**VOLET 3**  
A RENVoyer  
A L'ASSURÉ(E)  
OU A  
L'ASSOCIATION

**A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)**

No D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_  
NOM PATRONYMIQUE (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) \_\_\_\_\_  
PRÉNOM \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
ORGANISME D'AFFILIATION \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 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	Déambulation (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 type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue				
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Autres :				

**APPAREILLAGE PRESCRIT**

A l'acte (hors association)  
 Association : NOM \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
FORFAIT SOINS No \_\_\_\_\_

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Pneumologue     Réanimateur     Généraliste     Autre \_\_\_\_\_

**DÉCISION DE L'ORGANISME**

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

Date \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet  
(2) Cocher la case de la réponse exacte.

**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 3 mois (1)       Prolongation (1)       Prescription modifiée (1)

A COMPTER DU \_\_\_\_\_

**VOLET 4**  
A CONSERVER  
PAR LE  
PRESCRIPTEUR

**A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)**

No D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_  
 NOM PATRONYMIQUE (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 ORGANISME D'AFFILIATION \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 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	Déambulation (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 type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue				
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Autres :				

**APPAREILLAGE PRESCRIT**

A l'acte (hors association)  
 Association : NOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 FORFAIT SOINS No \_\_\_\_\_

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

Pneumologue     Réanimateur     Généraliste     Autre \_\_\_\_\_

**CONFIDENTIEL - Réservé à l'information du Contrôle Médical**

**• ÉTIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (1)**

Principale (1 choix possible)	Secondaire (2 choix possibles)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bronchite chronique (avec ou sans emphysème)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lésions mutilantes, post-tuberculeuses et autres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthme à dyspnée continue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fibroses et processus interstitiels
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cypho-scoliose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Emphysème primitif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dilatations étendues des bronches
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Myopathies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autres atteintes neuro-musculaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pneumoconioses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apnées du sommeil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dysplasie broncho-pulmonaire du nourrisson
<input type="checkbox"/>	Autre : _____

• 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	PaCO2	PaO2	SaO2
	REPOS EN AIR (1re mesure)				
	REPOS EN AIR (2e mesure)				
	REPOS SOUS O2 ET/OU VENTILATION (1)				
	A L'EFFORT EN AIR (1)				

• HEMATOCRITE : \_\_\_\_\_ %

• CAS PARTICULIERS (1) : \_\_\_\_\_

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet  
 (2) Cocher la case de la réponse exacte.

# NOTICE

## DESTINATION DES VOLETS

Les 3 premiers volets doivent être adressés par le médecin prescripteur ou l'association au Médecin Conseil de l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'assuré(e).

Le dernier volet est à conserver par le médecin prescripteur.

## MODALITÉS DE RÉPONSE DE L'ORGANISME

La non réponse de l'organisme sous 15 jours, à compter de la date de réception de l'entente préalable, équivaut à un accord (1)

En cas de refus, l'organisme vous notifiera sa décision par retour du volet 3.

(1) Le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

## DEMANDE INITIALE, PROLONGATION ET PRESCRIPTION MODIFIÉE

Pour la première demande, remplir intégralement l'imprimé.

Pour les prolongations et prescriptions modifiées, seules sont à remplir obligatoirement les rubriques suivantes, figurant dans la partie confidentielle :

ETIOLOGIE  
TABAC  
ÉTAT CLINIQUE  
GAZ DU SANG  
HEMATOCRITE

A l'expiration de la demande initiale pour 3 mois, la prolongation est accordée, sous réserve d'un avis favorable, pour un an.

## TRAITEMENT PRESCRIT

La prescription d'une oxygénothérapie avec déambulation doit comprendre nécessairement une source d'oxygène en poste fixe et une source d'oxygène mobile.

## APPAREILLAGE PRESCRIT

La marque et le type des respirateurs concernent les traitements par ventilation mécanique.

## SPIROGRAPHIE

La mesure doit être faite en état stable, en dehors des périodes aiguës et au moins quinze jours après l'une d'elles.

## GAZ DU SANG ARTÉRIEL

Le prélèvement doit être fait en état stable, en dehors des périodes aiguës et au moins quinze jours après l'une d'elles.

Pour la demande initiale, deux mesures sont à effectuer, séparées par un intervalle de 15 à 30 jours.

Les mesures au repos sous oxygène et à l'effort en air sont facultatives. Toutefois, pour les prescriptions à haut débit d'oxygénothérapie et/ou de déambulation, les mesures au repos sous oxygène et à l'effort en air sont exigées. La gazométrie à l'effort doit être faite à la fin de l'effort, avant son arrêt.

## CAS PARTICULIERS

Indiquer les motifs cliniques ou paracliniques motivant les prescriptions lorsque les éléments fonctionnels ou biologiques sont normaux ou peu perturbés.