

## Langdurige zuurstoftherapie thuis - Oxygénothérapie de longue durée à domicile

## Medisch Voorschrift en Rechtvaardiging - Prescription Médicale et Justification

## IDENTIFICATIE DIENST MET OVEREENKOMST

## IDENTIFICATION DU SERVICE CONVENTIONNÉ

Naam inrichting	Nom institution	
RIZIV ID inrichting	INAMI ID institution	
Dienst	Service	
Tel.	Tél.	
Fax.	Fax.	
Email.	Email.	

## IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

## IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

NN of geboorte datum	NN ou date de naissance	
Naam en voornaam	Nom et prénom	
Postcode en gemeente	Code postal et commune	
Adres	Adresse	
Tel.1	Tél.	
Tel.2 (GSM)	Tél.2 (GSM)	
Email.	Email.	
ID Verzekeringsinstelling	ID Organisme Assureur	
Email V.I.	Email O.A.	

## SOORT AANVRAAG

## TYPE DE DEMANDE

Eerste aanvraag	Première demande	
Verandering modaliteit	Changement modalité	
Verlenging	Prolongation	

## VOORGESCHREVEN MODALITEIT EN INDICATIE

## MODALITÉ PRESCRITE ET INDICATION

VOORGESCHREVEN MODALITEIT	MODALITÉ D'OXYGÉNOTHÉRAPIE PRESCRITE	INDICATIE (ARTIKEL 3) INDICATION (ARTICLE 3)
Vaste zuurstofconcentrator	Oxyconcentrateur fixe	§ 1, 1) § 1, 2) § 1, 3) § 5,1 alinéa/lid.
Zuurstofconcentrator + vulcompressor	Oxyconcentrateur + compresseur	§ 1, 1) + § 2, 1) § 1, 2) + § 2, 2) § 1, 3) + § 2, 2) § 5, 2 alinéa/lid.
Vaste + draagbare zuurstofconcentrator	Oxyconcentrateur fixe + portable	§ 1, 2) + § 3, 1) a) § 1, 3) + § 3, 1) a) § 1, 2) + § 3, 1) b) § 1, 3) + § 3, 1) b) § 1, 2) + § 3, 1) c) § 1, 3) + § 3, 1) c) § 1, 1) + § 3, 2) + § 3, 1) a) § 1, 1) + § 3, 2) + § 3, 1) b) § 1, 1) + § 3, 2) + § 3, 1) c) § 3, 3) § 1, 1) + § 3, 4) § 1, 2) + § 3, 4) § 5, 3° alinéa/lid.

Vloeibare zuurstof	Oxygène liquide	§ 1, 2) + § 4,1
		§ 1, 3) + § 4,1
		§ 3, 3) + § 4,1
		§ 4, 2)
		§ 5, 4 alinéa/lid.
Draagbare zuurstofconcentrator:	Oxyconcentrateur portable	§ 6
Zuurstofconcentrator + flessen 0,4 m <sup>3</sup>	Oxyconcentrateur + bouteilles 0,4 m <sup>3</sup>	§ 1, 1) + § 2, 1)
		§ 1, 2) + § 2, 2)
		§ 1, 3) + § 2, 2)
		§ 5, 2) alinéa/lid.

**REVALIDATIE NETWERK, ID BETROKKEN HUISARTS**
**RÉSEAU RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE, ID MÉDECIN TRAITANT**

Naam	Nom	
RIZIV ID	INAMI ID	
Tel.	Tél.	
Email	Email	

**PRAKTISCHE MODALITEITEN**
**MODALITÉS PRATIQUES**

Periode	Période	Van / Du	Tot / Au
LPM (rust)	LPM (repos)		
LPM (inspanning)	LPM (effort)		
Uren/dag	Heures/jour		
Bevochtiging	Humidification	Ja / Oui	Nee / Non
Reservefles 1,0 m <sup>3</sup>	Bouteille de réserve 1,0 m <sup>3</sup>	Ja / Oui	
Pulse oxymeter	Pulse oxymètre	Ja / Oui	Nee / Non
Installatie gevraagd op	Installation demandée le		

**VOORSCHRIJVENDE GENEESHEER**
**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Naam	Nom	
RIZIV ID	INAMI ID	
Tel.	Tél.	
Email	Email	
Stempel van de voorschrijvende geneesheer Cachet du médecin prescripteur		Datum: Date:
		Handtekening: Signature:

**BESLISSING ADVISERENDE GENEESHEER**
**DÉCISION MÉDECIN CONSEIL**

Akkoord voor gevraagde periode	Accord pour la période demandée	
Akkoord voor periode (van-T/m)	Accord du/au	Van / Du Tot / Au
Bijkomende inlichtingen vereist	Complément information requis	
Motivatie: Motivation:		Datum: Date:
		Handtekening: Signature:

<p><b><u>MEDISCHE GEGEVENS WAARUIT BLIJKT DAT DE OP DE HIERBOVEN VERMELDE RECHTHEBBENDE VOOR DE AANGEVRAAGDE MODALITEIT VAN ZUURSTOF THERAPIE AAN DE OPGEGEVEND INDICATIE BEANTWOORDT.</u></b></p> <p>(Vermeld hier minstens de medische diagnose en de waarde van de in artikel 3 van de overeenkomst vermelde objectieve parameters. Voeg in bijlage ook de stukken bij die bepaalde diagnostische gegevens documenteren, als dat in de overeenkomst wordt gevraagd.)</p>	<p><b><u>DONNÉES MÉDICALES DÉMONTRANT QUE LE PATIENT MENTIONNÉ CI-DESSUS RÉPOND À L'INDICATION PRÉVUE À LA CONVENTION POUR LA MODALITÉ D'OXYGÉNOTHÉRAPIE PRESCRITE.</u></b></p> <p>(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).</p>

<p><b><i>Te specificeren indien de vermelde indicatie voor langdurige zuurstoftherapie (cf. artikel 3) deels gebaseerd is op een chronisch cor pulmonale, aangetoond via dopplerechografie</i></b></p>	<p><b><i>A spécifier dans le cas où l'indication mentionnée pour une oxygénothérapie de longue durée (cf article 3) est basée partiellement sur la présence d'un cœur pulmonaire chronique comme il ressort d'une échographie Doppler</i></b></p>	
<p>Op basis van de echografie berekende tricuspidgradiënt, met toepassing van de gemodificeerde Bernouilliformule (TRPG = tricuspid regurgitant pressure gradient) :</p>	<p>Gradient tricuspidien calculé sur base d'une échographie, appliquant l'équation de Bernouilli simplifiée (TRPG = tricuspid regurgitant pressure gradient) :</p>	<p>... mm Hg</p>
<p>Schatting van de rechter atriumdruk (RAP = right atrial pressure) op basis van :</p>	<p>Estimation de la pression droite de l'atrium (RAP = right atrial pressure) sur base de :</p>	
<p>De variatie in de omvang van de vena cava inferior bij inspiratie (volledige collaps = 5 mm Hg; partiële collaps = 10 mm Hg; helemaal geen collaps = 15 mm Hg)</p>	<p>Soit de l'obstruction de la veine cave inférieure lors de l'inspiration (obstruction complète = 5 mm Hg; obstruction partielle = 10 mm Hg; absence d'obstruction = 15 mm Hg)</p>	<p>... mm Hg</p>
<p>De regurgitatie ter hoogte van de pulmonalis klep, omgezet in mm Hg</p>	<p>Soit de la régurgitation au niveau de la valve pulmonaire, convertie en mm Hg</p>	<p>... mm Hg</p>