

Identification du service conventionné  
 (y compris le numéro d'identification INAMI  
 et numéro de téléphone)

**OXYGENOTHERAPIE DE LONGUE DUREE A DOMICILE**  
**Prescription Médicale et Justification**

**Identification du bénéficiaire** (nom et prénom, date de naissance, les données O.A.)

**Sorte de demande**

- première demande
- changement de modalité
- prolongation

**Modalité d'oxygénothérapie prescrite et indication pour cette forme d'oxygénothérapie<sup>1</sup>**

<b>Modalité d'oxygénothérapie prescrite</b>	<b>Indication pour cette forme d'oxygénothérapie sur base de l'article 3</b>
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur fixe:	<input type="radio"/> § 1, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2)
	<input type="radio"/> § 1, 3)
	<input type="radio"/> § 5, 1 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur avec compresseur de remplissage:	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 2, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 2, 2)
	<input type="radio"/> § 5, 2 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur fixe + oxyconcentrateur portable:	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 3, 1) a)
	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 3, 1) b)
	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 3, 1) c)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) a)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) b)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) c)
	<input type="radio"/> § 3, 3)
	<input type="radio"/> § 5, 3 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> Oxygène liquide:	<input type="radio"/> § 1, 2) et § 4, 1
	<input type="radio"/> § 1, 3) et § 4, 1
	<input type="radio"/> § 3, 3) et § 4, 1
	<input type="radio"/> § 4, 2)
	<input type="radio"/> § 5, 4 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> oxyconcentrateur portable	<input type="radio"/> § 6

**Réseau de rééducation fonctionnelle: identification du médecin traitant concerné**

**Modalités pratiques:**

- thérapie prescrite: .... litres d'O<sub>2</sub> par minute durant ..... heures par jour
- Période d'intervention: du ..... au .....inclus.

<p><b>Cachet du médecin prescripteur</b></p>   <p>Date _____ Signature _____</p>	<p><b>Décision du Médecin-conseil :</b></p> <p><input type="radio"/> accord pour la période sollicitée</p> <p><input type="radio"/> accord du ..... au ..... inclus</p> <p>Motivation:</p> <p><input type="radio"/> complément d'information requis :</p> <p><input type="radio"/> refus d'intervention :</p> <p>Motivation :</p> <p>Date _____ Signature _____</p>
---	---

**DONNEES MEDICALES DEMONTRANT QUE LE PATIENT MENTIONNE AU RECTO REpond A L'INDICATION PREVUE A LA CONVENTION POUR LA MODALITE D'OXYGENOTHERAPIE PRESCRITE**

<sup>1</sup> Cochez la modalité et les indications qui sont d'application pour le bénéficiaire. Pour donner les détails : voir au verso

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.

Joignez, en annexe, les résultats de l'épreuve ponctuelle d'oxygénothérapie brève si le patient commence une oxygénothérapie de longue durée à domicile et que cette oxygénothérapie est uniquement ou partiellement indiquée par les dispositions de l'article 3, § 1, 2) ou de l'article 3, § 1, 3). Ces résultats doivent démontrer que l'oxygénothérapie entraîne, avec le débit d'oxygène prescrit, une hausse significative de la PaO<sub>2</sub> (ou, pour les enfants, de la SaO<sub>2</sub>).

<b>A spécifier dans le cas où l'indication mentionnée pour une oxygénothérapie de longue durée (cf. les indications reprises dans l'article 3 de la convention) est basée partiellement sur la présence d'un cœur pulmonaire chronique comme il ressort d'une échographie Doppler</b>	
Gradient trans-tricuspidien calculé sur base d'une échographie Doppler, appliquant l'équation de Bernouilli simplifiée (TRPG = tricuspid regurgitant pressure gradient) :	... mm Hg
Estimation de la pression droite de l'atrium (RAP = right atrial pressure). Pour faire cette estimation, vous pouvez choisir une des deux méthodes suivantes, en se basant sur une mesure par échographie Doppler :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimation de la pression droite de l'atrium (RAP) sur base de la taille de l'obstruction de la veine cave inférieure lors de l'inspiration (<i>obstruction complète = 5 mm Hg; obstruction partielle = 10 mm Hg; absence d'obstruction = 15 mm Hg</i>)</li> </ul>	... mm Hg
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimation de la pression droite de l'atrium (RAP) sur base de la régurgitation au niveau de la valve pulmonaire, convertie en mm Hg</li> </ul>	... mm Hg