A l'attention du médecin conseil de la mutuelle:

Concerne: demande de remboursement d'oxygénothérapie

Nom et prénom du patient: NISS:

Vignette mutuelle:

1. Hypoémie aigüe. Diagnostic responsable hypoxémie:

- ☐ BPCO
- ☐ Pneumonie
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Embolie pulmonaire
- ☐ Autres, à préciser: .....

2. Hypoxémie dans le cadre d'une situation palliative (document à conserver dans le dossier patient):

- date ou copie de la demande de soins palliatifs par le médecin généraliste: .....
- mentionner « Tiers payant applicable » (TPA) sur la prescription mensuelle

Plaintes/symptômes du patient:
- ☐ polypnée
- ☐ cyanose
- ☐ autres, à préciser: .....

Résultats de mesure de saturation:

- sans oxygène: .....%
- avec oxygène:.....%

3. Demande pour (choisir un des deux !!):

- ☐ Oxyconcentrateur
- ☐ Oxygène gazeux

Cachet du médecin: Date et Signature: