

OXYGENOTHERAPIE EN VILLE

ALBERT Florent

The poster features the word 'LYON' in large, stylized letters with a red and blue wave pattern. Below it, the year '2021' is displayed. The dates '12 OCTOBRE', '13 OCTOBRE', and '14 OCTOBRE' are shown in white boxes with blue and red accents. To the right, the text '31^E JOURNÉES NATIONALES SUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX' is written in black. The bottom section includes the text 'CENTRE DE CONGRÈS DE LYON CITÉ INTERNATIONALE' and contact information for EURO-PHARMAT: 'Hôtel Dieu - 2, rue Viguerie TSA 80035 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9', 'Tél. : 05 61 77 83 70 - Fax : 05 61 77 83 64', and 'www.euro-pharmat.com'. A small ladybug logo is in the bottom left corner, and a '2' logo is in the bottom right corner. The poster also features several diamond-shaped images: a syringe, a person on a horse, a person in a surgical mask, and a person in a blue cap.

Quels sont les acteurs de l'oxygénothérapie de ville

- 1- Prestataire en matériel médical
- 2- Pharmacie d'officine avec une sous-traitance à un prestataire
- 3- Pharmacie d'officine

Pourquoi devenir Indépendant ?

- Marge faible: nous facturons à la sécurité sociale un forfait mensuel de 177€, le prestataire nous facture 167€ de prestation et donc la marge restante est de 10€ par mois.
- Pour cette somme, nous gérons l'ordonnance, la facturation, l'installation du matériel et la responsabilité incombant à la bonne dispensation de l'oxygène à domicile.
- Conflit avec les prestataires lors d'hospitalisations de nos patients.

Quels sont les obligations?

- Arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical (JORF du 22 juillet 2015) NOR : AFSP1517344A impose de nombreuses règles afin d'avoir une prestation de qualité

- Diplôme de pharmacien
- Astreintes 24h/24h

- Référencement Gazier
- Local adapté au stockage des bouteilles



Quels sont les obligations ?

-Référencement du matériel

-Poste fixe : extracteurs 5 litres, 9 litres,



-Poste pour la déambulation: Bouteille, extracteur portable



Quels sont les obligations ?

-Le référencement des consommables



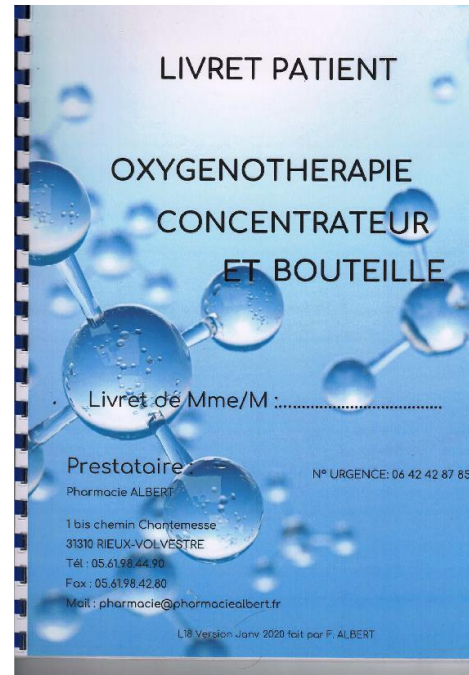
-Contrôle et service après vente

-Véhicule adapté



Quels sont les obligations ?

-Livret patient



-Nombreuses procédures, audits...



Quels sont les points positifs?

- Retour des médecins
- La satisfaction des patients
- Confiance des établissements de soins du secteur

Quels sont les difficultés?

- Relation avec les Pneumologues
- Les hospitalisations de nos patients
 - exemples

Quels sont les difficultés?

- Prescription incomplète :
 - Dispositif médical: non précisé
 - Pas de durée de prise sur 24h

Dr Benjamin
Médecine générale
Consultations sur rendez-vous

Prenez vos rendez-vous en ligne sur :



Le secrétariat est ouvert de 8h à 18h
Le samedi de 8h à 12h

CARBONNE, le 30/06/2020

Age :

Poids : 42,000 Kg

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE POUR UN TRAITEMENT D'ASSISTANCE RESPIROTOIRE DE LONGUE DUREE, A DOMICILE (Art. R 165-23 du Code de la Sécurité Sociale - arrêté du 30.06.89)

Demande initiale pour 3 mois (1) Prolongation (1) Prescription modifiée (1)

A REMPLIR PAR L'ASSURE(E) (1)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)
 N° d'identification: **16112 Emu C 0635 11181351 4360**
 NOM: **Benjamin**
 PRENOM: **Benjamin**
 ADRESSE: **32310 Beccou - Urfre**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE
 S'agit-il d'un accident? Oui Non
 Si le malade est PENSIONNE(E) DE GIERRE et si la demande concerne l'infirmité pour laquelle il est pensionné, cocher cette case: Oui Non
 SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

SITUATION DE L'ASSURE(E) A LA DATE DE LA DEMANDE
 ACTIVITE SALARIEE OU ARRET DE TRAVAIL
 ACTIVITE NON SALARIEE
 DANS L'EMERGI
 PENSIONNE(E)
 AUTRE CAS, lequel

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (2)

TRAITEMENT PRESCRIT
 Oxygénothérapie par concentrateur
 Oxygénothérapie gazeuse par boîtier
 Oxygénothérapie liquide
 Ventilation mécanique à l'embout buccal
 Ventilation mécanique par masque nasal
 Ventilation mécanique par trachéostomie
 Ventilation mécanique par prothèse voûte thoracique
 Ventilation mécanique par pression positive continue
 Application sur-ventilation sur trachéostomie
 autres: _____

ETIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RESPIROTOIRE (1)
 Principale (1 choix possible): Bronchite chronique (avec ou sans emphysème)
 Secondaire (2 choix possibles): Lesions médullaires, post-traumatiques et autres
 Asthme à dyspnée continue
 Fibroses et processus interstitiels
 Cypto-scissure
 Emphysème pulmonaire
 Délabérations anormales des bronches
 Myopathies
 Autres atteintes neuro-musculaires
 Pneumocoeloms
 Aponévroses du diaphragme
 Myoœdèmes
 Dysplasie broncho-pulmonaire du nouveau-né

Autre: N'a jamais fumé Ne fume plus Fumeur

ETAT CLINIQUE Antécédent d'I.V.D. I.V.D. actuelle

SPYROGRAPHIE (1) Date: _____

GAZ DU SANG ARTERIEL (1) (2): kPa mmHg

HEMATOCRITE %
 CAS PARTICULIERS (1): Juvén. ou âgé ou débile
 Autre

AVIS DU CONTROLE MEDICAL
 Non favorable du Comité d'assistance Localité Actuel
 Non définitive MOTIF: _____

DECISION DE L'ORGANISME
 Accord jusqu'au Comité d'assistance Localité Actuel
 Retenu MOTIF (voir notification jointe): _____

N° RPPS



N° AM



Oxygénothérapie
2L par jour, 3 mois

[Signature]

Comment choisir le dispositif médical?



> Lunettes nasales



> Masque O2



> Masque à venturi



> Masque à haute concentration



Quels sont les difficultés ?

- Prescription incomplète :
 - Pas de précision sur le matériel de déambulation

Pneumologie
Pneumologie

et

N° RPPS  N° AM 

MURET, le 17/03/2021

Mme Etienne

87 ans

1) Oxygénothérapie de longue durée 24H sur 24, diminution à 1L voire arrêt selon saturation

concentrateur fixe et portable
Objectif SpO2 entre 88 et 94%

0 spécialité(s) prescrite(s)

(Art. R 165-23 du Code de la sécurité sociale - arrêtés des 30 août 1989, 26 juin 2003 et 28 octobre 2008)

Demande initiale (1) Prolongation (1) A compter du 30/10/2020 Prescription modifiée (1) 08/10/2021

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° DIMATRICULATION: 05
NOM: F
PRENOM: J
ADRESSE: 123
ORGANISME D'AFFILIATION: TREF

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'allocation pour laquelle il est pensionné, cocher cette case
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM: M F
Prénom: M F
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 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 MEDECIN (2)

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


Posologie	Posologie (h/j)	Durée (h/j)	Debit (l/min)
<input checked="" type="checkbox"/> Oxygénothérapie par concentrateur	24h	24h	1
<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"/> Orthèse d'avancée mandibulaire sur mesure de type ORM (voir notice - point 3)			
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie			
Autres:			

APPAREILLAGE PRESCRIT
 A l'acte (hors association)
 Association: Nom Adresse

Forfait soins n°:

MATERIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR: 30/10/2020

Signature: 

Pneumologue Cardiologue Généraliste Autre

AVIS DU CONTROLE MEDICAL

Avis favorable du Forfait association Location au Achat

Avis défavorable MOTIF:

Date signature:

CONFIDENTIEL - Réserve à l'information du Contrôle Médical

ETIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (1)

Principale (1) (choix possible): Bronchite chronique (avec ou sans emphysème)
Secondaire (2) (choix possibles):
 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
 Apnées sévères du sommeil (2ème intention)
 Mucoviscidose
 Dysplasie broncho-pulmonaire du nourrisson

Autre: TABAC N'a jamais fumé A fumé plus Fumée

ETAT CLINIQUE Antécédent d'I.V.D. I.V.D. actuelle

SPIROGRAPHIE (1) Date: 30/10/2020

Poids	Capacité vitale	mi	VEMS
kg	cm	mi	mi

GAZ DU SANG ARTERIEL (1) (2):

DATES	REPOS EN AIR (1re mesure)	pH	PaCO2	PaO2	SaO2
30/10/2020	745	7,38	42	92	
30/10/2020	742	7,35	55	88	

HEMATOCRITE: %

CAS PARTICULIERS (1): patiente dément

DECISION DE L'ORGANISME

Accord jusqu'au Forfait association Location au Achat

Refus Taux de remboursement % MOTIF (voir notification jointe)

Date signature:

Comment choisir ?

- Essai de matériel
- Relation : Patient- Pharmacien- Médecin-Infirmier – Spécialiste
- Ordonnance Type:
 - Poste fixe : le type de matériel, de dispositifs médicaux, la posologie, la durée sur 24h et la durée du traitement,
 - Si déambulation : le type de matériel, les dispositifs médicaux, la posologie, la durée sur 24h, la durée du traitement et le type d'administration (pulsé ou continu).

Quels sont les difficultés?

- Prescription incomplète
- Les difficultés pendant la pandémie:
 - Consultation restreinte chez les Spécialistes
 - Visites espacées chez les patients
- Installations délicates
 - Maison à étage
 - Tabagisme de la famille
 - Hygiène compliquée

Conclusion

- Nous avons actuellement une quarantaine d'appareils installés chez le particulier et en établissements de soins.
- Une satisfaction réciproque entre nos patients et nous.
- Une confiance après sept ans qui s'est créée entre notre équipe et les Pneumologues du secteur.