Denumire Furnizor .....................................................................................................................................……………

 Contract nr. ..................................................………….. cu CAS ...........................................................................…..

***Anexă la prescripția medicală pentru APARATE DE VENTILAŢIE NONINVAZIVĂ***

**Asigurat**: **Nume și prenume**..............................................................................................................................................

 **CNP**..................................................................................................................................................................

Se acorda pentru urmatoarele afectiuni:

* boală toracică restrictivă (scolioza gravă, pectus excavatum - stern înfundat, pectus carinatum - torace în carenă, boala Bechterew, deformarea postoperatorie sau posttraumatică, boala pleurală restrictivă);
* boală neuromusculară;
* fibroza chistică.

***Pentru boala toracică restrictivă şi boala neuromusculară, alături de simptomele de insuficienţă respiratorie şi alterarea calităţii vieţii, trebuie îndeplinit cel puţin unul dintre criteriile de mai jos:***

**|\_|** hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 45 mm Hg;

**|\_|** hipercapnie nocturnă cu PaCO2 >/= 50 mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii;

**|\_|** normocapnie diurnă cu creşterea nivelului PTCO2 cu >/= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurnă, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie.

***Pentru fibroza chistică, alături de simptomele de insuficienţă respiratorie şi alterarea calităţii vieţii, la pacient trebuie îndeplinit cel puţin unul dintre criteriile de mai jos:***

  **|\_|** hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 60 mm Hg;

**|\_|** hipercapnie nocturnă cu PaCO2 >/= 65 mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii;

**|\_**| hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 60 mm Hg şi creşterea nocturnă a nivelului PTCO2 cu >/= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie;

 **|\_**| hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 55 - 60 mm Hg şi cel puţin 2 exacerbări acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni;

 **|\_**| ca urmare directă a unei exacerbări acute care necesită ventilaţie invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea PaCO2 > 55 mm Hg persistă chiar şi după stabilizarea stării.

**Durata prescripţiei** este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

**Medici curanţi** care fac recomandarea:

 - medici de specialitate pneumologie si pediatrie cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP şi în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilaţie non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;

 - medici de specialitate anestezie şi terapie intensivă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

**Medic curant în contract cu CAS**: dr……………………………………………………………………………….

**Specialitatea**: ………………………………………………………………………

**|\_|** atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP şi în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilaţie non-invazivă.

Data:……………. Semnătura și parafa medicului prescriptor