

**PRESCRIPTION MÉDICALE /
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

Notice

■ Veuillez remplir le formulaire:

- Zone A – Informations patient (nom, adresse, coordonnées d'assurance: important pour le traitement rapide de la demande).
- Zone B – Diagnostic (raison pour laquelle le patient a besoin d'une LifeVest®) Veuillez indiquer impérativement la durée de port prévue). Veuillez indiquer également les réglages du dispositif souhaités.
- Zone C – Coordonnées du médecin prescripteur. Le prescripteur doit signer et indiquer la date.
- Zone D – Informations complémentaires et justification pour une période de prescription > 30 jours (formulaire de demande de prise en charge des coûts requis)
- Zone E – Compliance
Afin de garantir la prise en charge, veuillez impérativement vérifier la compliance après 30 jours et en confirmer la vérification.

- Faxer immédiatement le formulaire rempli au : **+41 44 551 42 96**
- L'original est collecté par l'employé de ZOLL à la fourniture de la LifeVest
- Veuillez envoyer l'original du renouvellement de prescription par la poste à

ZOLL Medical Switzerland AG
Baarerstrasse 8
6300 Zug

Indications selon LiMA du 01.01.2023

LifeVest est indiquée:

- Comme mesure thérapeutique temporaire si l'implantation d'un défibrillateur automatique n'est pas possible dans l'immédiat
- Pour les patients en attente de transplantation cardiaque
- Pour les patients à haut risque d'arrêt cardiaque soudain, particulièrement en cas de dysfonction ventriculaire
- Pour les patients présentant une cardiomyopathie
- Pour les patients post-infarctus du myocarde
- Pour les patients présentant une myocardite
- Pour les patients ayant subi une revascularisation percutanée ou chirurgicale
- Pour les patients avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (LVEF) $\leq 35\%$

Note importante:

Pour une durée de prescription supérieure à 30 jours, le formulaire de demande de prise en charge des coûts sera exigé (page 2 du formulaire de prescription médicale)

Si vous avez des questions, notre personnel se fera un plaisir de vous aider au numéro de téléphone **+41 44 551 42 96** ou à l'adresse e-mail lifest-v-swiss@zoll.com.

LiMA Numéro de position 09.03.01.00.2

Cardiovertteur-déibrillateur portable LifeVest®

ZONE A: INFORMATIONS PATIENTS					
Nom du patient			Nom de l'assurance-maladie		N° de caisse
Prénom du patient			N° d'assuré		Statut
Rue		N°	Ville / éven. n° de tél. de l'assurance-maladie		Valide jusqu'à
Code postal	Ville	Canton	Autres payeurs		
Date de naissance	Langue principale Français ☐ Allemand ☐ Italien ☐		Coordonnées des autres payeurs		
ZONE B: DIAGNOSTIC (veuillez répondre à 1, 2, et 3)					
1. Raison d'un risque d'un arrêt cardiaque soudain / DAI - Implantation pas possible immédiatement					
Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG): _____					
Étiologie ischémique			Autre étiologie		
☐ Statut après infarctus du myocarde (IM) [< 40 jours d'attente pour l'implantation d'un DAI]			☐ Transplantation cardiaque programmée		
☐ Chirurgie programmée ou récente, revascularisation (ACVB) [< 90 jours d'attente pour l'implantation d'un DAI]			☐ Implantation d'un DAI reportée ou impossible en raison d'une infection aiguë, d'un thrombus intra-ventriculaire ou intervention chirurgicale contre-indiquée		
☐ Chirurgie percutanée prévue ou récente, revascularisation (PTCA) [< 90 jours d'attente pour l'implantation d'un DAI]			☐ Un défibrillateur (DAI) déjà implanté doit/a dû être explanté		
☐ Insuffisance cardiaque ischémique nouvellement diagnostiquée [< 90 jours d'attente pour l'implantation d'un DAI]			☐ Disposition familiale ou héréditaire à haut risque de tachyarythmies ventriculaires potentiellement mortelles, p.ex. syndrome du QT long ou cardiomyopathie hypertrophique		
Étiologie non ischémique			☐ Arrêt cardiaque soudain dû à une fibrillation ventriculaire (FV) ou tachycardie ventriculaire persistante VT (spontané ou induit), non associé à un infarctus (> 48 heures après IM)		
☐ Insuffisance cardiaque non ischémique nouvellement diagnostiquée, par ex. cardiomyopathie dilatée (CMD)			☐ Autres raisons (veuillez décrire): _____		
☐ Myocardite					
☐ Cardiomyopathie du péripartum (PPCM)					
2. Durée de la prescription prévue (veuillez cocher)					
☐ 3 mois ☐ 2 mois ☐ 1 mois ☐ autre _____ ☐ Prescription suivante					
3. Réglages de l'appareil (veuillez entrer les valeurs dans les cases)					
Fréquence cardiaque limite TV		Fréquence cardiaque limite FV		Energie du choc (Joule)	ou
	Préréglage: 150 bpm 120-250 bpm, incréments de 10		Préréglage: 200 bpm 120-250 bpm, incréments de 10		Préréglage: 150 J 75-150 J, incréments de 25
					Veuillez indiquer l'énergie de choc pour les 5 décharges 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ incréments de 25 entre 75 J - 150 J
Autres réglages: _____					
Le patient porte un cardiovertteur/défibrillateur implantable (DAI) ☐ No ☐ Qui → Le traitement antitachycardique a-t-il été désactivé?					
Le patient porte un pacemaker ☐ No ☐ Qui → La polarité de la stimulation a été vérifiée et, le cas échéant, programmée sur bipolaire?					
Motif : Le patient a un risque sérieux d'arrêt cardiaque soudain qui peut avoir une issue fatale ou entraîner des dommages neurologiques ou d'autres pathologies majeures. Cet APPAREIL doit être porté en permanence, à l'exception du bain ou de la douche, afin de surveiller en continu le rythme cardiaque et de dispenser.					
ZONE C: COORDONNÉES DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR*					
Nom de l'établissement hospitalier			Rue de l'établissement hospitalier / du cabinet médical		No
Prénom et nom du médecin prescripteur			Code postal	Ville	Canton
Fonction du médecin prescripteur			N° de téléphone du médecin		
N° du registre des organismes payeurs / Code de lieu international (GLN)			N° de fax du médecin		
Interlocuteur en cas de questions			Service / bâtiment / numéro de chambre		
Date de sortie prévue: (si le patient est traité de manière stationnaire)			N° de téléphone de l'interlocuteur		
Je demande la prise en charge de l'appareil prescrit et délègue le médecin traitant du secret médical vis-à-vis de l'organisme payeur.			(Tampon de l'établissement hospitalier / cabinet médical)		
Date / signature du patient					
Date / signature du médecin					

Prénom du patient	Nom du patient	Date de naissance
-------------------	----------------	-------------------

ZONE D: DEMANDE POUR L'APPROBATION DE COÛT D'UNE PRESCRIPTION MÉDICALE D'UN GILET DÉFIBRILLATEUR (LIFEVEST) AU-DELÀ DE 30 JOURS

☐ **Explantation d'un défibrillateur**

- ☐ Indication à l'implantation d'un DAI toujours valable
☐ L'infection n'a pas complètement disparu

ou

- ☐ Réimplantation impossible pour d'autres raisons

Autres raisons are:

☐ **Attente de transplantation cardiaque**

- ☐ Risque élevé d'ACS pendant la période d'attente
☐ Implantation D'un DAI impossible ou inappropriée

☐ **Implantation d'un DAI retardée**

- ☐ Indication pour l'implantation d'un DAI selon les guidelines de l'ESC
☐ Implantation impossible

Raisons:

☐ **Dysfonction ventriculaire, cardiomyopathie, myocardite**

- ☐ FEVG $\leq$ 35 %
☐ La cause de la dysfonction est traitable ou la dysfonction peut s'améliorer
☐ Perspectives d'amélioration de la fonction cardiaque
☐ Initiation du traitement médicamenteux d'une insuffisance cardiaque

☐ **Infarctus du myocarde**

- ☐ FEVG $\leq$ 35 %
et
☐ Initiation du traitement médicamenteux d'une insuffisance cardiaque
☐ Perspectives d'amélioration de la fonction cardiaque
☐ Délai d'attente minimal de 40 jours / 6 semaines non dépassé
(Délai d'attente recommandé selon les guidelines de l'ESC pour l'implantation d'un DAI : au moins 40 jours)
☐ Le délai d'attente pour l'implantation d'un DAI est dépassé, mais on s'attend à une amélioration de la FEVG au-delà de 35% et donc une implantation de DAI évitée

☐ **Avant ou après revascularisation (PCI o CABG)**

- ☐ FEVG $\leq$ 35 %
et
☐ Perspectives d'amélioration de la fonction cardiaque
☐ Le délai d'attente avant l'implantation d'UN DAI n'est pas dépassé
(Délai d'attente avant implantation d'un DAI recommandé dans les guidelines de l'ESC: jusqu'à 3 mois, Piori et al. 2015)
☐ Le délai d'attente pour l'implantation d'un DAI est dépassé, mais on s'attend à une amélioration de la FEVG au-delà de 35% et donc une implantation de DAI évitée

☐ **Autre risqué élevé d'arrêt cardiaque soudain**

Justification de la part du médecin:
.....
.....
.....

ZONE E: COMPLIANCE

Évaluation de la compliance en cas de prescription au-delà de 30 jours

- ☐ **Le médecin prescripteur confirme que la compliance est réévaluée toutes les 3 semaines.**

	(Tampon de l'établissement hospitalier / cabinet médical)
Date / signature du médecin	

* INFORMATIONS SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Informations générales – Les données relatives au prescripteur sont des données personnelles (nom du contact du prescripteur, n° de téléphone du contact du prescripteur, nom du prescripteur, hôpital/établissement, signature du prescripteur et date). Si le contact n'est pas le prescripteur en personne (mais que le prescripteur a fourni son nom), le prescripteur doit veiller à transmettre au contact les informations sur la protection des données.

Objectifs et base juridique – Nous, ZOLL Medical Switzerland AG, traitons les informations du prescripteur à des fins de facturation et de remboursement, tout en assurant une prise en charge du patient et un traitement de la prescription efficaces. La base juridique pour ce traitement est notre intérêt légitime de fournir des soins et un soutien complet concernant le LifeVest.

Divulgateur/destinataires – ZOLL Medical Switzerland AG transmettra les données relatives au prescripteur à ZOLL CMS GmbH en Allemagne afin de pouvoir exécuter l'ordre médical. ZOLL Services LLC à Pittsburgh (États-Unis) et des partenaires prestataires de services tiers pourront recevoir des données personnelles pour des raisons de traitement basé sur et protégé par des accords sur le traitement des données, respectivement.

Transfert international des données – Les données personnelles recueillies par ZOLL Medical Switzerland AG sont conservées sur des serveurs ZOLL, qui peuvent être situés hors de la Suisse ou de la Communauté économique européenne, notamment aux États-Unis d'Amérique. Jusqu'ici, nous nous appuyons sur des clauses contractuelles standard entre contrôleur et responsable du traitement pour le transfert de données personnelles vers des pays tiers, telles que décidées par la Commission européenne.

Durée de conservation – ZOLL Medical Switzerland AG conserve vos données personnelles tant que nous avons un intérêt commercial légitime à le faire, généralement tant que la procédure de prescription respective est en cours et dans le respect des obligations légales de conservation qui en découlent.

Droits à la protection des données – Vous disposez du droit d'accès, du droit de rectification, du droit de suppression, du droit à la limitation du traitement, du droit d'opposition, du droit de déposer une réclamation auprès de l'autorité compétente et, le cas échéant, du droit de retirer votre consentement à tout moment.

Informations de contact – ZOLL Medical Switzerland AG, Baarerstrasse 8, 6300 Zug, Tel / Fax: +41445514296; le responsable de la protection des données de ZOLL International Holding BV est joignable à l'adresse Dataprotectioninquiries@zoll.com