# ANEXA 5

ASIGURAT : NUME - PRENUME ..................................................................................

CNP .................................................................................

# Afectiunile in baza carora se pot emite recomandari pentru dispozitive de asistare a tusei-insuflatie –exuflatie mecanica :

* + **boala neuromusculară**

 Pentru pacienți cu boli neuromusculare alături de manifestările clinice datorate eliminării insuficiente a secrețiilor respiratorii (tuse ineficientă, pneumonii frecvente, etc) trebuie să îndeplinească unul dintre următoarele criterii:

 □- debutul de vârf a tusei (peak cough flow) < 160 L/min,

 □- debutul de vârf a tusei (peak cough flow) < 270 L/min la pacienții la care alte metode de clearance a căilor aeriene sunt insuficiente: asistarea manuală a tusei, respirația glosofaringiană, recrutarea volumelor pulmonare.

 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 accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

**□ Medici curanţi** care fac recomandarea: medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică și pediatrie cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilaţie noninvazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Data ...........................

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa mediculu

.

Nota: se bifeaza casuta corespunzatoare diagnosticului de boala, a parametrilor in baza carora s-a emis recomandarea si a medicului curant..