

## PRESCRIEREA ECHIPAMENTELOR PENTRU OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ

T. I. I.  
- de cîșisat pe site  
16.04.2015

Potrivit dispozițiilor **art. 1, alin. (8) din Anexa 39** – „Modalitatea de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu” **la Ordinul MS/CNAS nr. 388/186/2015** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015:

„(8) Prescripțiile medicale pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă **trebuie să fie însoțite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condițiilor pentru recomandarea acestor dispozitive medicale**, condiții prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38 la ordin.”

*Documente medicale care pot fi atașate la Prescripția medicală – recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale, după caz: spirometrie, scrisoare medicală/ bilet de ieșire din spital, buletin de analize medicale, analiza gazelor sangvine, capnometrie transcutanată sau respiratorie, etc.*

### ANEXA 38 la Ordinul MS/CNAS nr. 388/186/2015:

#### 9. Echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL *)	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Aparat pentru administrare continuă cu oxigen**)	concentrator de oxigen	
2.	Aparat de ventilație noninvasivă***)	aparat de ventilație	

\*) Aparatele se acordă numai prin închiriere.

\*\*) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:

Oxigenoterapie de lungă durată - durata administrării cotidiene este  $\geq 15$  ore/zi

Indicații:

**a. pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă/gravă în repaos pentru:**

a.1 BPOC - cu una din condițiile:

- PaO<sub>2</sub> < 55 mmHG (sau Sat O<sub>2</sub>  $\leq$  88%), măsurată la distanță de un episod acut
- PaO<sub>2</sub> 55 - 59 mmHG (sau SatO<sub>2</sub> < 90%) măsurată la distanță de un episod acut, și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie (Ht > 55%)

- VEMS postbronhodilatator < 50% din valoarea predictibilă

Durata prescripției - din 3 în 3 luni, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

Medici curanți care fac recomandarea:

- pneumologi care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

a.2 alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă, cu una din condițiile:

- pentru sindromul obstructiv  $PaO_2 < 60$  mmHG (sau  $sat O_2 < 90\%$ ) și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic, și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie ( $Ht > 55\%$ )

- pentru sindromul restrictiv, capacitatea pulmonară totală  $\leq 60\%$  din valoarea teoretică normală și semne clinice de hipoxie

Durata prescripției - din 3 în 3 luni în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii

Medici curanți care fac recomandarea:

- pneumologi care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale, cardiologi, oncologi.

**\*\*\*) Aparatele de ventilație noninvazivă se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:**

- 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 și boala neuromusculară, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu  $PaCO_2 \geq 45$  mm Hg

- hipercapnie nocturnă cu  $PaCO_2 \geq 50$  mm Hg

demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii

- normocapnie diurnă cu creșterea nivelului  $PTCO_2$  cu  $\geq 10$  mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurnă, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie

Pentru fibroza chistică, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, la pacient trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu  $PaCO_2 \geq 60$  mm Hg

- hipercapnie nocturnă cu  $PaCO_2 \geq 65$  mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii

- hipercapnie cronică diurnă cu  $PaCO_2 \geq 60$  mm Hg și creșterea nocturnă a nivelului  $PTCO_2$  cu  $\geq 10$  mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie

- hipercapnie cronică diurnă cu  $PaCO_2 \geq 55 - 60$  mm Hg și cel puțin 2 exacerbări acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni

- ca urmare directă a unei exacerbări acute care necesită ventilație invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea  $PaCO_2 > 55$  mm Hg persistă chiar și după stabilizarea stării.

Durata prescripției - din 3 în 3 luni în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medic pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii Somnologie (nivel I și II) și în Ventilație non-invazivă (nivel III) care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

- medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii nivel III (ventilație non-invazivă) care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Președinte – director general,

Jr. Radu Eugen Păstrău



Medic șef,  
Dr. Magda Spînoiu

Compartiment juridic și contencios,  
cons. jr. Carmen Apetrei

PRESCRIȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA  
DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE  
ORGANICE SAU FUNCȚIONALE

Nr. ....\*/.....\*)

Unitatea medicală .....  MF  
Adresa .....  Ambulatoriu  
 Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI .....

Nr. contract ...../(pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește prescripție medicală - recomandare)

Nume, prenume medic ..... Cod parafă medic .....

Specialitatea medicului prescriptor.....

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor ..... (se va completa inclusiv prefixul de țară)

- e-mail medic prescriptor .....

1. Numele și prenumele asiguratului ...../(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului).....

2. Data Nașterii .....

3. Domiciliul .....

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului .....

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate: .....

6. Deficiența organică sau funcțională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale  (se bifează căsuța)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă  (se bifează căsuța)  
ori sportiv.

7. Pentru stomii și incontinență urinară se bifează una din căsuțele:

permanentă

temporară

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie se bifează una dintre căsuțele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

9. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa 38 la ordin\*\*)

.....

.....

Ștampila furnizorului de servicii medicale

Data emiterii prescripției .....

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului

.....

\*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

\*\*) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările și completările ulterioare

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.