

DEMANDE DE MATÉRIEL DE VENTILATION

PARTIE A : INFORMATION DU CLIENT

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRENOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TELEPHONE	HEALTH CARD / CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE	PRIVATE INSURANCE/ ASSURANCE PRIVÉ?
		Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>

PARTIE B : INFORMATION DU MÉDECIN ET L'INHALOTHÉRAPEUTE

PNEUMOLOGUE INTENSIVISTE PHYSIATRE

COORDONÉES DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM : _____ SIGNATURE : _____
TÉLÉPHONE : _____ DATE : _____

COORDONÉES DE L'INHALOTHÉRAPEUTE

NOM : _____ TELEPHONE _____

PARTIE C : DIAGNOSTIC

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SLA/Maladie des motoneurones | <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire progressive de Duchenne |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme médullaire/Quadriplégie | <input type="checkbox"/> Hypoventilation centrale |
| <input type="checkbox"/> Cyphoscoliose | <input type="checkbox"/> Autre maladie neuromusculaire progressive qui due à la manifestation clinique évolue vers la ventilation assistée : |
| <input type="checkbox"/> Poliomyélite/postpoliomyélite | _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Aran-Duchenne | _____ |

PARTIE D : DONNÉES CLINIQUES

* Obligatoire pour assistance ventilatoire < 200 l/min

Capacité vitale forcée : _____	IPAP: _____	Notes:
* Débit de toux maximale (DTM) : _____	EPAP: _____	
Pression inspiratoire nasale : _____	Fréquence respiratoires: _____	
Force inspiratoire maximale / Force expiratoire maximale : _____		
Gaz hémotoxique : _____		
Oximétrie : _____		

**PARTIE E : PHASE DE PRESCRIPTION
(POUR PATIENTS SOUFFRANT D'UNE MALADIE PROGRESSIVE)**

Phase I	<input type="checkbox"/>	Intervention précoce; le patient requiert un appareil VSPPBI nocturne avec fonction AVAPS. On lui a enseigné des exercices de recrutement de volume pulmonaire. Aucune atteinte bulbaire importante.
Phase II	<input type="checkbox"/>	Appareil VSPPBI nocturne avec fonction AVAPS et utilisation durant le jour selon le besoin. Difficultés à avaler et à tousser. Aspirateur oral, insufflateur-exsufflateur mécanique pour dégagement des voies aériennes.
Phase III	<input type="checkbox"/>	Appareil VSPPBI avec fonction AVAPS requis de 18 à 22 heures par jour; on discute des options relatives à la palliation ou au prolongement de la vie avec le patient, à qui revient la décision.
Phase IV a	<input type="checkbox"/>	Palliation; le patient choisit de ne pas être intubé; appareil VSPPBI avec fonction AVAPS en continu, insufflateur-exsufflateur au choix du patient.
Phase IV b	<input type="checkbox"/>	Intubation/trachéostomie ajournables avec ventilation à pression contrôlée ou ventilation à volume contrôlée prévue.
Phase IV c	<input type="checkbox"/>	Intubation imminente; le patient opte pour l'intubation en dernier recours; ventilation à pression contrôlée ou ventilation à volume contrôlée prévue avec interface non invasive initiale; plan pour future intubation ajournable ou imminente.

PARTIE F : COORDONÉES DU FOURNISSEUR DE SERVICES

A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN FOURNISSEUR AUTORISÉ

PERSONNE RESSOURCE: _____ TELEPHONE : _____ TELECOPIEUR : _____

FOURNISSEUR : _____

NUMERO D'IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR :

--	--	--	--	--	--	--	--

PARTIE G : APPAREILS PRESCRITS

EQUIPEMENT POUR ACHAT			EQUIPEMENT POUR LOCATION		
Appareil d'assistance ventilatoire (insufflateur-exsufflateur mécanique)	<input type="checkbox"/>	\$	VSPPI avec fonction AVAPS*	<input type="checkbox"/>	\$
Moniteur SaO2	<input type="checkbox"/>	\$	Ventilateur – non invasif	<input type="checkbox"/>	\$
Humidificateur chauffant	<input type="checkbox"/>	\$	Ventilateur - invasif	<input type="checkbox"/>	\$
Moniteur de saturation en oxygène	<input type="checkbox"/>	\$	Moniteur de saturation de table	<input type="checkbox"/>	\$
Aspirateur oral/endotrachéal	<input type="checkbox"/>	\$		<input type="checkbox"/>	\$
	Total	\$		Total	\$

FOURNITURE REQUISE MENSUELLEMENT ET / OU ANNUELLEMENT

SVP indiquer la quantité requise, la marque et les numéros de série où applicable.	COÛT (CHQ)	QUANTITE	MENSUEL	ANNUEL
	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de service:	Total	\$		

AVANT DE SOUMETTRE L'APPLICATION POUR L'ESSAIE OU L'ACHAT, SVP VERIFIER CE QUI SUIT

Tous les documents nécessaires indiqués dans les directives des Services de Santé sont inclus avec cette demande.	OUI	NON
Le client et d'autres membres de la maison, ont reçu l'éducation pertinente pour l'équipement fourni et sont enclins à respecter le plan de traitement prescrit, y compris le sevrage tabagique.	OUI	NON

Signature du fournisseur : _____ Date : _____

SVP ajoutez une copie de ce document avec votre demande de paiement initiale sur le formulaire de demande des Services de Santé. Merci.

POUR UTILISATION DU BUREAU SEULEMENT

APPROVEE	<input type="checkbox"/>	REFUSEE	<input type="checkbox"/>	EN ATTENTE D'INFO	<input type="checkbox"/>
NUMERO D'APPROBATION		ESSAIE	<input type="checkbox"/>	ACHAT	<input type="checkbox"/>
Administrateur _____			Date : _____		
			EXPIRE : _____		

Commentaires:

ENREGISTRER

--	--	--	--	--	--	--	--

DATE : _____