



CP8113

DEMANDE ADMISSION - PROGRAMME NATIONAL D'ASSISTANCE VENTILATOIRE À DOMICILE (PNAVD)

CRITÈRES MÉDICAUX D'ADMISSIBILITÉ

	Précisez le diagnostic	Examens requis Définitions des preuves d'hypercapnie, consultez la p.3
<input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire		<input type="checkbox"/> Spirométrie ET <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie diurne OU <input type="checkbox"/> Preuves d'hypoventilation nocturne *SLA : Évaluation selon la clinique
<input type="checkbox"/> Cyphoscoliose		
<input type="checkbox"/> Blessé médullaire	Complétez le formulaire du PNAVD-Montréal disponible sur leur site internet.	
<input type="checkbox"/> Apnée centrale avec hypoventilation		<input type="checkbox"/> Polysomnographie du sommeil diagnostique ET <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie diurne OU <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP
<input type="checkbox"/> Obésité - hypoventilation	<input type="checkbox"/> Taille _____ cm <input type="checkbox"/> Poids _____ kg <input type="checkbox"/> IMC plus grand ou égal à 35 _____ <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie diurne OU <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP	
<input type="checkbox"/> Hypoventilation chronique idiopathique	<input type="checkbox"/> Précisez dans la note médicale les investigations réalisées ayant exclues d'autres diagnostics comprenant minimalement ces 3 examens : <ul style="list-style-type: none"> • Polysomnographie du sommeil diagnostique • Spirométrie avec MIP/MEP • Spirométrie assis/couché ET <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie diurne OU <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP	
<input type="checkbox"/> Fibrose kystique	<input type="checkbox"/> Confirmation de l'inscription sur la liste de transplantation OU <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie diurne : <ul style="list-style-type: none"> • PaCO₂ ≥ 55mmHg ou • PaCO₂ 50 à 54mmHg et désaturation nocturne ou • PaCO₂ 50 à 54mmHg et 2 Hospitalisations avec insuff. respiratoire hypercapnique (PaCO₂ ≥ 55mmHg) et réponse favorable à la VNI 	
<input type="checkbox"/> MPOC – La demande sera présentée au comité d'évaluation de l'admissibilité pour autorisation finale.	<input type="checkbox"/> Note médicale documentant au moins 2 hospitalisations dans les 12 derniers mois avec les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Preuve d'insuffisance respiratoire hypercapnique (PaCO₂ ≥ 55mmHg à l'arrivée) avec réponse favorable à un support ventilatoire non invasif (baisse significative de la PaCO₂) ET <ul style="list-style-type: none"> • Preuve d'hypercapnie DIURNE persistante (PaCO₂ ≥ 52mmHg) 4 semaines post-exacerbations sans utilisation de support ventilatoire non-invasif OU <input type="checkbox"/> Usager trachéotomisé ventilo-assisté : Note médicale précisant que le sevrage est impossible en période de stabilité clinique et physiologique OU <input type="checkbox"/> Confirmation d'inscription sur la liste de transplantation avec preuve d'hypercapnie diurne symptomatique (PaCO ₂ ≥ 52mmHg) <input type="checkbox"/> Spirométrie	

Demande admission (Suite) - Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD)

COORDONNÉES

Médecin spécialiste qui fera le suivi :

Lieu de pratique :

Médecin de famille :

Lieu de pratique :

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Usager présentement hospitalisé

Oui Non

Usager fumeur

Oui Non

Usager a déjà reçu un traitement avec pression positive

Oui Non

PRESCRIPTION PARAMÈTRES DE VENTILATION

Bi-niveau			Bi-niveau fonction AVAPS*			Bi-niveau mode AVAPS – AE*					
Mode	<input type="checkbox"/> S/T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> PC	Mode	<input type="checkbox"/> S/T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> PC	AI	min /	max	cmH ₂ O
IPAP / EPAP	/	cmH ₂ O	Vc	ml	EPAP	min /	max	cmH ₂ O			
Un ou l'autre	Ti	sec	IPAP	min /	max	cmH ₂ O	Pression maximum				
	Ti min	/	Ti max	sec	EPAP	cmH ₂ O	Vc	ml			
FR	/ min		FR	/ min	Ti	sec	FR	/ min			
Bi-niveau mode IVAPS			Volumétrique			Ventilation par pièce buccale					
Va	L/min		Mode			<input type="checkbox"/> VAC	Vc	ml			
AI	min /	max	cmH ₂ O	Vc	ml		EPAP	cmH ₂ O			
EPAP	cmH ₂ O		PS	cmH ₂ O		<input type="checkbox"/> VPAC	Pression contrôlée	/	cmH ₂ O		
EPAP	min /	max	cmH ₂ O	PEEP	cmH ₂ O						
Ti min	/	Ti max	sec	FR	/ min	Taille					

* Si l'appareil avec une fonction ou mode AVAPS n'est pas disponible pour honorer la prescription, j'autorise que la conversion soit faite pour un mode IVAPS. Une nouvelle prescription me sera envoyée pour signature.

ASSOCIATION AVEC UNE OXYGÉNOTHÉRAPIE

Oui Non

Si oui, svp compléter le formulaire de prescription en vigueur selon la région de l'usager.

PRESCRIPTION D'UNE AIDE À LA TOUX

Air stacking (Manoeuvre de recrutement alvéolaire)

Fréquence / jour

Cough assist (Assistance à la toux) *Si échec au air stacking

Fréquence / jour

Pression moins (-) / plus (+) cmH₂O

DOCUMENTS À ACHEMINER

- Note médicale/sommaire d'hospitalisation récent détaillant la maladie et le besoin de ventilation
- Résultats des examens confirmant les critères d'admissibilité
- Liste des médicaments à jour
- Aide à la toux → acheminer le résultat de débit expiratoire de pointe à la toux
- preuve d'Agent payeur (attestation ou police d'assurance)

PRESCRIPTION MÉDICALE : EXAMENS DE CONTRÔLE 1 MOIS APRÈS LE DÉBUT DE LA VENTILATION

Oxymétrie nocturne (avec ventilation en place) Gaz capillaire (CAB) si équipement disponible Rapport d'observance

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur : _____

En lettres moulées

N° de permis : _____

Année Mois Jour

Signature médicale (ou autorisée) : _____

Date : _____

SECTION RÉSERVÉE AU PNAVD

Refusée Acceptée / raison : _____

Signature : _____

Date : _____

Année Mois Jour

Demande admission

Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD)

Diagnostiques non admissibles au PNAVD : Apnée obstructive ou centrale du sommeil sans hypoventilation ou MPOC hypercapnique en phase aiguë

Définitions

PREUVES D'HYPERCAPNIE DIURNE

Avoir fait un gaz artériel ou capillaire (**gaz veineux non accepté**) démontrant :

1. Acidose respiratoire compensée, secondaire à de l'hypoventilation alvéolaire chronique;
2. Valeur de PaCO₂ plus grande 45 mmHg mesurée durant la journée et non au réveil.

PREUVES D'HYPERCAPNIE NOCTURNE AVEC ÉCHEC AU CPAP

1. Sur une polysomnographie du sommeil AVEC une correction des évènements obstructifs, avoir l'un des deux critères suivants :
 - Désaturation nocturne en oxygène : SpO₂ plus petite que 88% durant au moins 5 minutes consécutives.
 - Augmentation de la PCO₂ de plus de 10 mmHg comparée avec les valeurs obtenues à l'éveil;

OU

2. Saturométrie nocturne avec un auto-CPAP ou un CPAP fixe réglé minimalement à 15 cmH₂O AVEC une correction des évènements obstructifs présentant une désaturation nocturne en oxygène : SpO₂ plus petite que 88% durant au moins 5 minutes consécutives.

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE D'ADMISSION ET LES DOCUMENTS AU
PNAVD.IUCPQ@SSSS.GOUV.QC.CA

IMPORTANT

Les demandes incomplètes et/ou illisibles vous seront retournées