



CP8113

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

CRITÈRES MÉDICAUX D'ADMISSIBILITÉ

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

	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 <input type="checkbox"/> IMC plus grand ou égal à 35 <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie diurne	<input type="checkbox"/> Poids ET <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 ET <input type="checkbox"/> Résumé d'hospitalisation prouvant une insuffisance respiratoire hypercapnique (PaCO ₂ plus grande ou égale à 45 mmHg) avec une réponse favorable à un support ventilatoire non-invasif	
<input type="checkbox"/> MPOC – L'usager sera présenté au comité d'évaluation de l'admissibilité pour autorisation finale.	Documents requis selon la situation <input type="checkbox"/> Résumé d'hospitalisation prouvant une insuffisance respiratoire hypercapnique (PaCO ₂ plus grande ou égale à 45 mmHg) avec une réponse favorable à un support ventilatoire non-invasif ET <input type="checkbox"/> Preuves d'hypercapnie diurne persistante (PaCO ₂ plus grande ou égale 45 mmHg) 4 semaines post exacerbations, sans utilisation d'un support ventilatoire non-invasif <input type="checkbox"/> Note médicale prouvant que l'usager trachéotomisé et ventilo-assisté sans possibilité de sevrage en période de stabilité clinique et physiologique ET <input type="checkbox"/> Spirométrie <input type="checkbox"/> Confirmation de l'inscription sur la liste de transplantation	

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 a déjà reçu un traitement avec pression positive Oui Non

Milieu de vie Domicile RPA Ressources intermédiaires privées

Usager fumeur Usager vit avec une personne fumeuse

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			Volumétrie			Ventilation par pièce buccale					
Va	L/min		Mode					Vc	ml		
AI	min /	max	cmH ₂ O	Vc	ml	<input type="checkbox"/> VAC		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						
VC ciblé	mL		FR	/ min	Taille						
Ti min	/	Ti max	sec								
FR	/ min										

* Si l'appareil avec une fonction ou un 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

<input type="checkbox"/> Air stacking (Manoeuvre de recrutement alvéolaire)	Fréquence	/ jour
<input type="checkbox"/> Cough assist (Assistance à la toux) *Si échec au air stacking	Fréquence	/ jour
	Pression moins (-)	/ plus (+)
		cmH ₂ O

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

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

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur : _____
En lettres moulées

N° de permis : _____
Année Mois Jour

Signature médicale (ou autorisée) : _____

Date : _____

SECTION RÉSERVÉE AU PNAVD

Demande Acceptée Refusée

Signature : _____ Date : _____
Année Mois Jour

Demande admission

Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD)

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.