



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 _____ 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 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
	Ti min / Ti max sec	EPAP			cmH ₂ O
FR / min	FR / min	Ti			sec
FR / min	FR / min	Ti			sec

Bi-niveau mode IVAPS

Volumétrie

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		
VC ciblé mL	FR / min	FR / min	
Ti min / Ti max sec	Taille		

* 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'utilisateur.

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

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

- Oxymétrie nocturne (avec ventilation en place)
- Rapport de compliance
- Gaz capillaire (CAB) si équipement disponible
- Autre : _____

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur : _____
En lettres moulées

N° de permis : _____
Année Mois Jour

Signature médicale (ou autorisée) : _____

Date : _____
Année Mois Jour

SECTION RÉSERVÉE AU PNAVD

Refusée Acceptée / raison : _____

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.

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