



Programme national d'assistance ventilatoire à domicile
Centre universitaire de santé McGill
National Program for Home Ventilatory Assistance
McGill University Health Centre

Dédié à votre santé et qualité de vie... Committed to your health and quality of life...

INFORMATIONS REQUISES POUR DEMANDES D'ADMISSION AU PNAVD (CUSM)

Dans le but d'accélérer le traitement d'une demande de consultation PNAVD, plusieurs informations doivent nous être acheminées. Pour connaître les informations requises en fonction des types de diagnostics admissibles, veuillez, S.V.P., remplir le **Formulaire de demande d'admission pour le PNAVD**.

Vous trouverez également à la page 3 du *Formulaire de Demande d'admission pour le PNAVD*, un résumé des critères d'admission spécifiques à chacun des diagnostics admissible au programme selon le cadre de référence en assistance ventilatoire à domicile. Pour de plus amples informations, vous pouvez consulter le *Cadre de Référence du PNAVD* que vous retrouverez sur le site web suivant : www.pnavd.ca.

Veillez prendre note que seules les demandes de consultation contenant toutes les informations nécessaires seront traitées. De plus, S.V.P. vous assurez que tout document envoyé soit lisible.

Pour toute question concernant le processus d'admission au PNAVD nous vous invitons à communiquer avec nous par téléphone ou courriel.

Lyne Noël

Coordonnatrice des services respiratoires sites adultes – CUSM

Tél. : 514 934-1934 ext. 32105

lyne.noel@muhc.mcgill.ca

Dre Marta Kaminska, MD, M.Sc. FRCP(C)

Centre Universitaire de Santé McGill

Médecine respiratoire, laboratoire du sommeil

1001 boul. Décarie, Montréal, QC, Canada

H4A 3J1

Tél. : 514-934-1934 ext 35650/36117 Téléc. : 514-843-1695

marta.kaminska@mcgill.ca

Dr. David Zielinski, MD, FRCP(C)

Centre Universitaire de Santé McGill

Médecine respiratoire, pneumologie pédiatrique

1001 boul. Décarie, Montréal, QC, Canada H4A 3J1

Tél. : 514-934-1934, ex. 24444/22469 Téléc. : 514-412-4364

david.zielinski@muhc.mcgill.ca



Formulaire de Demande et Critères d'Admission pour le PNAVD NPHVA Request Form and Admission Criteria

Nom / Name

Adresse / Address

Ville / City

CP / Postal Code **Téléphone / Telephone**

Lieu Résidentiel / Residence

No. Assurance Maladie / Medicare **Poids / Weight**

Expiration **Taille / Height**

DDN / DOB

Nom de la mère
Mother's Maiden Name

Nom du père
Father's Name

Médecin Référent **Téléphone**
Referring physician Telephone

Centre Référent **Téléphone**
Referring Center Telephone

Télocopieur **Courriel**
Fax Email

Souhaitez-vous transférer le suivi médical ventilatoire au pneumologue(s) rattaché(s) au PNAVD?
 Do you wish to transfer patient to NPHVA's respirologist?

Ou bien, allez-vous assurer le suivi annuel ventilatoire de votre patient?
 Or, do you wish to do an annual follow-up?

Pneumologue du patient
Following Respirologist

Cocher la catégorie du diagnostic admissible au PNAVD
Check the admissible NPHVA diagnosis category

- Maladie neuromusculaire / Neuromuscular Disease**
- Cyphoscoliose / Kyphoscoliosis**
- Blessé médullaire / Spinal Injury**
- Apnée centrale avec hypoventilation / Central Apnea with Hypoventilation**
- Obésité-Hypoventilation (IMC >35) / Obesity-Hypoventilation (BMI>35)**
- Fibrose Kystique / Cystic Fibrosis**
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) / Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)**
- Autre : hypoventilation chronique idiopathique / Other : Chronic Idiopathic Hypoventilation**

Préciser le diagnostic
Specific Diagnosis

Autres maladies/conditions connues
Other known illnesses/conditions _____

Informations complémentaires
Additional Information _____



Données diagnostiques nécessaires à l'admission au PNAVD / Diagnostic data required for admission to NPHVA

- Anamnèse du patient** / Patient's medical history
- Liste de médicaments** / List of medications

Veillez vous référer à notre liste en annexe pour joindre les documents requis à chacun des diagnostics admissibles.
Please refer to the annexed list to determine required documents for each eligible diagnosis.

- Gaz artériel ou capillaire diurne** / Arterial or Capillary Gas
- Oxymétrie nocturne** / Overnight Oximetry
- PSG**
- Spirométrie** / Spirometry
- Preuve démontrant l'échec au CPAP** / Evidence showing failure with CPAP

Le patient a-t-il déjà reçu une ventilation via pression positive (BIPAP ou CPAP)?
Has this patient ever received positive pressure ventilation (BiPAP or CPAP)?

Oui /
Yes

Non /
No

- Assurez-vous de joindre la Rx ventilatoire dûment complétée en annexe de ce formulaire.**
Please include the completed prescription form annexed to this document.
- Préciser le type d'interface qui a été utilisé par le patient (modèle, nasal, facial, grandeur) si connu.**
Identify the type of interface (mask) used by the patient (model, nasal, facial, size) if known.

IMPORTANT

**Seules les demandes de consultation contenant toutes les informations nécessaires seront traitées.
Une lettre confirmant la réception de votre demande ainsi que l'admissibilité de votre patient vous sera envoyée.**

Only requests with all required information will be treated. A letter confirming the reception of your request as well as the admissibility of the patient will be sent to you.

**Veillez faxer votre demande ainsi que les documents requis au 514-843-2077.
Si vous avez des questions contacter le 514-934-1934, poste : 32111.**

Please fax your request and required documents to 514-843-2077.
For more information contact 514-934-1934, ext: 32111.

CRITÈRES D'ADMISSION SPÉCIFIQUES

L'assistance ventilatoire à domicile est considérée comme admissible chez un usager qui présente une insuffisance respiratoire en présence d'au moins un des symptômes et signes suivants:

- Signes d'hypoventilation diurne ou nocturne:
 - céphalée matinale;
 - hyper somnolence diurne;
 - fatigue;
 - perturbation du sommeil;
 - orthopnée par faiblesse du diaphragme, etc.

Ainsi qu'un des deux critères suivants:

- Acidose respiratoire partiellement ou complètement compensée ($\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg).
OU
- Hypoventilation nocturne significative ou désaturation nocturne en oxygène non reliée à des phénomènes d'apnée obstructive et démontrant que le CPAP est insuffisant pour corriger l'hypoventilation nocturne.

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES REQUISES AUX DIAGNOSTICS SUIVANTS:

Maladies Neuromusculaires et Cyphoscoliose

- Patient atteint d'une maladie neuromusculaire ou cyphoscoliose démontrant un ou des signes d'insuffisances respiratoire tel qu'énuméré ci-dessus;
- Spirométrie.

Blessé Médullaire

- Patient ayant besoin d'une ventilation suite à un traumatisme médullaire;
- Spirométrie, si disponible.

Apnée centrale avec hypoventilation

- Preuve que le traitement par CPAP avec des pressions adéquates pour corriger les événements obstructifs ne soit pas suffisant, démontré par une hypoventilation nocturne significative (augmentation de PaCO_2 de plus que 10mmHg comparé avec les valeurs obtenues à l'éveil) ou désaturation nocturne en oxygène. (SaO_2 inférieure à 88% durant au moins 5 minutes consécutives);
- Gaz artériel ou capillaire diurne, démontrant une hypoventilation.

Fibrose Kystique

- Confirmation que le patient est inscrit sur la liste de transplantation; OU
- Résumé des hospitalisations causées par une insuffisance respiratoire hypercapnique (plus de 55 mmHg) qui ont répondu de façon favorable à un support par ventilation non effractive durant leur hospitalisation.

Obésité Hypoventilation

- IMC ≥ 35 ;
- Résultats de PSG récent prouvant que le traitement par CPAP ne soit pas suffisant, démontré par une hypoventilation nocturne significative (augmentation de PaCO₂ de plus que 10mmHg comparé avec les valeurs obtenues à l'éveil) ou désaturation nocturne en oxygène (SaO₂ inférieure à 88% durant au moins 5 minutes consécutives);
OU
- Gaz artériel ou capillaire diurne, démontrant une hypoventilation;

Si disponible:

- Indiquer si date prévue de chirurgie bariatrique dans le but de prioriser si possible, votre demande.

Obésité Hypoventilation+MPOC

- IMC ≥ 35 ;
- Spirométrie ou preuve démontrant le diagnostic de MPOC;
- Preuve que le traitement par CPAP avec des pressions adéquates pour corriger les événements obstructifs ne soit pas suffisant, démontré par une hypoventilation nocturne significative (augmentation de PaCO₂ de plus que 10mmHg comparé avec les valeurs obtenues à l'éveil) ou désaturation nocturne en oxygène (SaO₂ inférieure à 88% durant au moins 5 minutes consécutives);
OU
- Gaz artériel ou capillaire diurne, démontrant une hypoventilation.

MPOC

Critères d'admissibilité

Usagers hospitalisés à répétition, (un minimum de 2 hospitalisations dans la même année), causée par une insuffisance respiratoire hypercapnique (PCO₂ capillaire ou artérielle plus de 55 mmHg) nécessitant une ventilation et ayant répondu de façon favorable à un support par ventilation non invasive durant leur hospitalisation.

****À noter que les patients en phase aiguë ne sont pas admissibles.***

Informations requises pour clientèle MPOC

- Dates des deux dernières hospitalisations où l'utilisation d'un appareil bi-niveau a été bénéfique;
- Résultats de gaz artériels ou capillaires pré et post utilisation de bi niveau lors des exacerbations;
Veuillez indiquer si gaz fait avec ou sans oxygène;
- Paramètres ventilatoires durant l'hospitalisation;
- Si éléments d'apnée du sommeil présents, un essai sur CPAP avec preuve d'hypoventilation nocturne persistante; ou preuve que le traitement par CPAP avec des pressions adéquates pour corriger les événements obstructifs ne soit pas suffisant, démontré par une hypoventilation nocturne significative (augmentation de PaCO₂ de plus que 10 mmHg comparé avec les valeurs obtenues à l'éveil) ou désaturation nocturne en oxygène (SaO₂ inférieure à 88 % durant au moins 5 minutes consécutives) est nécessaire.

Autres: hypoventilation chronique idiopathique

- Preuve d'hypoventilation chronique démontrée par un gaz artériel ou capillaire diurne récent;
OU
- Résultats de PSG récent prouvant que le traitement par CPAP ne soit pas suffisant, démontré par une hypoventilation nocturne significative (augmentation de PaCO₂ de plus que 10 mmHg comparé avec les valeurs obtenues à l'éveil) ou désaturation nocturne en oxygène (SaO₂ inférieure à 88% durant au moins 5 minutes consécutives).