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

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

Formulaire de Demande et Critères d'Admission Adulte pour le PNAVD

Nom du patient			
Adresse			
Ville		Code postal	
Téléphone		Cellulaire	
Lieu résidentiel	☐ Domicile ☐ CHSLD	☐ Ressource intermédiaire	
Date de naissance			
N°Assurance-maladie		Expiration	
Poids		Taille	
Nom de la mère			
Nom du père			
Médecin référant		Téléphone	
Centre référant		Télécopieur	
Courriel médecin/centre référant			

Pneumologue du patient

Langue Parlée ☐ Français ☐ Anglais Autre

Cocher la catégorie du diagnostic admissible au PNAVD

☐ Maladie neuromusculaire (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic
☐ Cyphoscoliose (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic
☐ Blessé médullaire (voir pages 2 et 3)	Préciser le niveau
☐ Apnée centrale avec hypoventilation (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic
☐ Fibrose kystique (voir pages 2 et 4)	
☐ Obésité-hypoventilation (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic
☐ Obésité-MPOC (voir pages 2 et 3)	
☐ MPOC (voir page 4)	
☐ Autres : hypoventilation chronique idiopathique (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic

N.B. L'apnée du sommeil n'est pas un diagnostic admissible au PNAVD.

- Le patient est hospitalisé ..... ☐ Oui..... ☐ Non
- Le patient a déjà reçu une ventilation via pression positive (CPAP ou BiPAP)..... ☐ Oui..... ☐ Non

Informations _____

complémentaires _____

_____

Veuillez envoyer votre demande ainsi que les documents requis à l'adresse courriel suivant: pnavd@muhc.mcgill.ca ou au numéro de fax: 514-843-2077.

1025, avenue des Pins (Pavillon V), Bureau V2.01, Montréal, Québec, H3A 1A1
Tél. : 514-934-1934, poste 32111; Télécopieur : 514-843-2077
Adresse courriel : pnavd@muhc.mcgill.ca

IMPORTANT

Seules les demandes de consultation contenant toutes les informations nécessaires seront traitées.
S.V.P., assurez-vous que tout document envoyé soit lisible.
Une lettre confirmant la réception de votre demande vous sera envoyée.

Pour **TOUTES** les catégories de diagnostic, assurez-vous de joindre :

- ☐ Preuve d'hypercapnie nocturne ou diurne (voir définition plus bas)* *Voir critères plus spécifiques à chacun de diagnostics*
- ☐ L'anamnèse du patient;
- ☐ Une liste récente de médicaments;
- ☐ Une prescription de ventilation complète.

Définitions

Preuve d'hypercapnie diurne :

- acidose respiratoire compensée, secondaire à de l'hypoventilation alvéolaire **chronique**;
- valeur de $PaCO_2$ ou $PcCO_2$ > 45 mmHg mesurée durant la journée et non au réveil.

**** Les gaz **VEINEUX NE SONT PAS ACCEPTÉS** comme preuve d'hypercapnie.****

Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP :

- L'un des deux critères suivants d'hypoventilation nocturne sur une polysomnographie du sommeil (PSG) , une polygraphie, saturométrie nocturne AVEC une correction des événements obstructifs utilisant une pression minimale de 15 cmH2O :
  - Valeur de PCO2 correspondant aux critères de l'AASM; augmentaion de plus de 10 mmHg comparé avec les valeurs obtenues à l'éveil [1] ;

    OU
  - Désaturation nocturne en oxygène : SpO_2 < 88 % durant au moins 5 minutes consécutives [2];

[1]Berry et al; Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Deliberations of the Sleep Apnea Definitions Task Force of the American Academy of Sleep Medecine; J Clin Sleep Med 2012(8) 567-619.

[2]Clinical Indications for noninvasive positive pressure ventilation in chronic respiratory failure due to restrictive lung disease, COPD, and nocturnal hypoventilation – a consensus conference report; Chest 1999 (116) 521-534

1025, avenue des Pins (Pavillon V), Bureau V2.01, Montréal, Québec, H3A 1A1
Tél. : 514-934-1934, poste 32111; Télécopieur : 514-843-2077
Adresse courriel : pnavd@muhc.mcgill.ca

DOCUMENTS REQUIS

Maladies neuromusculaires et cyphoscoliose

- ☐ Anamnèse détaillant la maladie neuromusculaire ou cyphoscoliose **ET**
- ☐ Spirométrie **ET**
- ☐ Preuve d'hypercapnie diurne (voir définitions) **OU** d'hypoventilation nocturne.

Blessé médullaire

- ☐ Anamnèse détaillant le besoin de ventilation suite à un traumatisme médullaire **ET**
- ☐ Preuve d'hypercapnie diurne (voir définitions) **ET**
- ☐ Spirométrie si disponible.

Apnée centrale avec hypoventilation

- ☐ Anamnèse détaillant la cause de l'apnée centrale avec hypoventilation **ET**
- ☐ Polysomnographie du sommeil (PSG) diagnostique **ET**
- ☐ Preuve d'hypercapnie diurne (voir définitions) **OU**
- ☐ Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP (voir définitions).

Obésité-hypoventilation

- ☐ IMC ≥ 35
- ☐ Spirometrie ET
- ☐ Preuve d'hypercapnie diurne (voir définitions) **OU**
- ☐ Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP (voir définitions).

Obésité-hypoventilation + MPOC

- ☐ IMC ≥ 35 **ET**
- ☐ Spirométrie ou preuve démontrant le diagnostic de MPOC **ET**
- ☐ Preuve d'hypercapnie diurne (voir définitions) **OU**
- ☐ Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP (voir définitions).
- ☐ Si VEMS < 50% avec indice de Tiffeneault < 70% les critères MPOC s'appliquent

MPOC sévère

- ☐ Spirométrie
- ☐ Preuve de Minimalement 2 hospitalisations dans les 12 derniers mois avec les conditions suivantes :

1025, avenue des Pins (Pavillon V), Bureau V2.01, Montréal, Québec, H3A 1A1
Tél. : 514-934-1934, poste 32111; Télécopieur : 514-843-2077
Adresse courriel : pnavd@muhc.mcgill.ca

- Hospitalisation pour insuffisance respiratoire hypercapnique :
  - $PaCO_2$ ou $PcCO_2 \geq 55$ mmHg à l'arrivée;
- Utilisation de la ventilation bi-niveau durant l'hospitalisation avec réponse favorable, démontrée par :
  - Chute de la $PaCO_2$ ou $PcCO_2$ post utilisation de bi-niveau

☐ Preuve d'hypercapnie diurne persistante avec $PaCO_2$ ou $PcCO_2 \geq 52$ mmHg 4 semaines post exacerbation, sans utilisation de bi-niveau

OU

☐ Patient trachéostomisé et ventilo-assisté, dont le sevrage est impossible, en période de stabilité clinique et physiologique.

ou

☐ Candidat potentiel à une transplantation pulmonaire et Preuve d'hypercapnie diurne symptomatique avec $PaCO_2$ ou $PcCO_2 \geq 52$ mmHg

Pour la clientèle MPOC, prenez note que :

- **Les patients en phase aiguë ne sont pas acceptés.**
- L'hypoventilation alvéolaire du sommeil seulement (par exemple en sommeil paradoxal), n'est pas un critère d'admissibilité au PNAVD.

<u>Autres : hypoventilation chronique idiopathique</u>

☐ Anamnèse précisant les investigations excluant d'autres diagnostics comprenant minimalement :
  - Une polysomnographie du sommeil (PSG) diagnostique **ET**;
  - Un test de fonction respiratoire avec MIP/MEP et spirométrie assis/couché;

☐ Preuve d'hypercapnie diurne (voir définitions) **OU**

☐ Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP (voir définitions).

<u>Fibrose kystique</u>

☐ Confirmation que le patient est inscrit sur la liste de transplantation

OU

☐ Preuve d'hypercapnie diurne (voir définitions) **ET**

☐ Résumé des hospitalisations causées par une insuffisance respiratoire hypercapnique ($PaCO_2$, $PcCO_2 \geq 55$ mmHg <u>à l'arrivée</u>) qui ont répondu de façon favorable à un support par ventilation non invasive durant leur hospitalisation.

1025, avenue des Pins (Pavillon V), Bureau V2.01, Montréal, Québec, H3A 1A1
Tél. : 514-934-1934, poste 32111; Télécopieur : 514-843-2077
Adresse courriel : pnavd@muhc.mcgill.ca