



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

Nom du patient			
Adresse			
Ville		Code postal	
Téléphone		Cellulaire	
Lieu résidentiel	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> 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			

Je désire assurer le suivi ventilatoire annuel de ce patient.

Pneumologue du patient

Je désire transférer le suivi ventilatoire au directeur médical du PNAVD.

Cocher la catégorie du diagnostic admissible au PNAVD

<input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic	
<input type="checkbox"/> Cyphoscoliose (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic	
<input type="checkbox"/> Blessé médullaire (voir pages 2 et 3)	Préciser le niveau	
<input type="checkbox"/> Apnée centrale avec hypoventilation (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic	
<input type="checkbox"/> Fibrose kystique (voir pages 2 et 4)		
<input type="checkbox"/> Obésité-hypoventilation (voir pages 2 et 3)	Préciser le diagnostic	
<input type="checkbox"/> MPOC (voir pages 2 et 4)		
<input type="checkbox"/> 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 _____

Veillez faxer votre demande ainsi que les documents requis au 514-843-2077.



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 de confirmant la réception de votre demande vous sera envoyée.

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

- 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 PaCO₂ ou PccO₂ > 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 sur une polysomnographie du sommeil (PSG) AVEC une correction des événements obstructifs :
 - o Augmentation de la PCO₂ de plus de 10 mmHg comparé avec les valeurs obtenues à l'éveil¹;
 - o Désaturation nocturne en oxygène : SpO₂ < 88 % durant au moins 5 minutes consécutives²;

OU

- Une saturométrie nocturne avec un auto-CPAP ou un CPAP fixe réglé minimalement à 15 cmH₂O, AVEC une correction des événements obstructifs présentant une :
 - o Désaturation nocturne en oxygène : SpO₂ < 88 % durant au moins 5 minutes consécutives²;

¹Berry 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 Medicine; J Clin Sleep Med 2012(8) 567-619.

²Clinical 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



DOCUMENTS REQUIS

Maladies neuromusculaires et cyphoscoliose

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

N.B. L'hypercapnie diurne n'est pas requise dans certains cas de SLA avec orthopnée marquée.

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

Obésité-hypoventilation

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

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).

Autres : hypoventilation chronique idiopathique

- Anamnèse précisant les investigations excluant d'autres diagnostics comprenant minimalement :
 - Une polysomnographie du sommeil (PSG) **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).



Fibrose kystique

- 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 , $\text{PcCO}_2 \geq 55$ mmHg à l'arrivée) qui ont répondu de façon favorable à un support par ventilation non invasive durant leur hospitalisation.

MPOC

- Spirométrie
- Confirmation que le patient est inscrit sur la liste de transplantation
- OU**
- Au moins 2 hospitalisations dans les 12 derniers mois avec les conditions suivantes :
 - Hospitalisation pour insuffisance respiratoire hypercapnique :
 - PaCO_2 ou $\text{PcCO}_2 \geq 55$ 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 **ET**
- Preuve d'hypercapnie diurne persistante avec PaCO_2 ou $\text{PcCO}_2 \geq 55$ 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.

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.