



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

CRITÈRES MÉDICAUX D'ADMISSIBILITÉ

	Précisez le diagnostic	Examens Requis (voir précisions p3)
☐ Maladie neuromusculaire		☐ Preuve d'hypercapnie diurne OU
☐ Cyphoscoliose		☐ Preuve d'hypoventilation nocturne ET
☐ Blessé médullaire ** voir page 3		☐ Spirométrie (*blessé médullaire : si réalisable) *SLA : Évaluation selon la clinique
☐ Apnée centrale avec hypoventilation	☐ Polysomnographie du sommeil diagnostique ET ☐ Preuve d'hypercapnie diurne OU	☐ Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP
☐ Obésité - hypoventilation	☐ Taille _____ cm ☐ Poids _____ kg ☐ IMC plus grand ou égal à 35 _____ ☐ Preuve d'hypercapnie diurne OU	☐ Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP
☐ Hypoventilation chronique idiopathique	☐ Précisez dans la note médicale les investigations réalisées ayant exclues d'autres diagnostics comprenant minimalement ces 3 examens : • Polysomnographie du sommeil diagnostique • Spirométrie avec MIP/MEP • Spirométrie assis/couché ET ☐ Preuve d'hypercapnie diurne OU	☐ Preuve d'hypercapnie nocturne avec échec au CPAP
☐ Fibrose kystique	☐ Confirmation de l'inscription sur la liste de transplantation OU ☐ Preuve d'hypercapnie diurne : • $\text{PaCO}_2 \geq 55\text{mmHg}$ ou • PaCO_2 50 à 54mmHg et désaturation nocturne ou • PaCO_2 50 à 54mmHg et 2 Hospitalisations avec insuff. respiratoire hypercapnique ($\text{PaCO}_2 \geq 55\text{mmHg}$) et réponse favorable à la VNI	
☐ MPOC ** voir page 3	☐ Note médicale documentant au moins 2 hospitalisations dans les 12 derniers mois avec les conditions suivantes : • Preuve d'insuffisance respiratoire hypercapnique ($\text{PaCO}_2 \geq 55\text{mmHg}$ à l'arrivée) avec réponse favorable à un support ventilatoire non invasif (baisse significative de la PaCO_2) ET • Preuve d'hypercapnie DIURNE persistante ($\text{PaCO}_2 \geq 52\text{mmHg}$) 4 semaines post-exacerbations sans utilisation de support ventilatoire non-invasif OU ☐ Usager trachéotomisé ventilo-assisté : Note médicale précisant que le sevrage est impossible en période de stabilité clinique et physiologique OU ☐ Confirmation d'inscription sur la liste de transplantation avec preuve d'hypercapnie diurne symptomatique ($\text{PaCO}_2 \geq 52\text{mmHg}$) ☐ Spirométrie	

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 fumeur

☐ Oui ☐ Non

Usager a déjà reçu un traitement avec pression positive

☐ Oui ☐ Non

PRESCRIPTION PARAMÈTRES DE VENTILATION

Bi-niveau				Bi-niveau fonction AVAPS*				Bi-niveau mode AVAPS – AE*			
Mode	☐ S/T	☐ S	☐ PC	Mode	☐ S/T	☐ S	☐ 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				Volumétrique				Ventilation par pièce buccale			
Va	L/min			Mode				☐ VAC	Vc	mL	
AI	min /	max	cmH ₂ O	Vc	mL				EPAP	cmH ₂ O	
EPAP	cmH ₂ O			PS	cmH ₂ O			☐ VPAC	Pression contrôlée / cmH ₂ O		
EPAP	min /	max	cmH ₂ O	PEEP	cmH ₂ O						
Ti min	/	Ti max	sec	FR	/ min	Ti	/ sec				

☐ * Si l'appareil avec une fonction ou 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
☐ Air stacking (Manoeuvre de recrutement alvéolaire)

Fréquence / jour

☐ Insufflation-exsufflation mécanique d'assistance à la toux

Fréquence / jour

*Si échec au air stacking

 Pression moins (-) / plus (+) cmH₂O

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)

☐ Gaz capillaire (CAB) si équipement disponible

☐ Rapport d'observance

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur :

En lettres moulées

N° de permis :

Année Mois Jour

Signature médicale (ou autorisée) :

Date :

SECTION RÉSERVÉE AU PNAVD
☐ Refusée ☐ Acceptée / raison :

Signature :

Date :

Diagnostics non admissibles au PNAVD : Apnée obstructive ou centrale du sommeil sans hypoventilation ou MPOC hypercapnique en phase aiguë

Précisions diagnostics :

- MPOC :
 - La demande sera présentée au comité d'évaluation de l'admissibilité pour autorisation finale.
- Blessé Médullaire :
 - Si Tétraplégie ventilo-assistée (TVA) avec besoin ventilation invasive 24h/24 :
 - Adresser la demande au PNAVD-Montréal via leur formulaire :
https://www.pnavd.ca/uploads/1/7/5/4/17542433/demande_et_crit%C3%A8res_dadmission_pour_le_pnavd_adulte_-_22_dec_2023.pdf
 - Si NON TVA :
 - La demande sera présentée au comité d'évaluation de l'admissibilité pour autorisation finale.

Définitions

PREUVE 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.

PREUVE D'HYPERCAPNIE NOCTURNE AVEC ÉCHEC AU CPAP

1. Sur une polysomnographie du sommeil AVEC une correction des événements 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 événements 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