



DEMANDE ADMISSION PROGRAMME NATIONAL D'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE (PNOD) ET ORDONNANCE D'OXYGÉNOTHÉRAPIE

COORDONNÉES

Médecin spécialiste qui fera le suivi :

Lieu de pratique :

Médecin de famille :

Lieu de pratique :

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Statut tabagique

- ☐ Non-fumeur (tabac, cannabis et toute méthode combustible ainsi que le vapotage)
☐ Date d'arrêt du tabac : _____ **NB** : la période de 4 semaines d'arrêt tabagique doit être complétée AVANT d'acheminer la demande, sinon, cette dernière vous sera retournée. L'arrêt tabagique pourra être validé par le test du COE (monoxyde de carbone expiré) dès la première visite.

Condition pulmonaire stable ☐ Oui ☐ Non **NB** : Si la prescription émane d'une hospitalisation, la condition pulmonaire n'est pas jugée stable. L'admission avec une condition pulmonaire instable sera temporaire : l'usager devra être réévalué par le médecin dans un délai de 12 semaines suivant la prescription initiale

OXYGÉNOTHÉRAPIE LONG TERME (≥ 15 HEURES / JOUR)

Cochez le diagnostic et inscrire les informations complémentaires demandées, au besoin :

- ☐ Cardiopathie cyanogène associée à une autre maladie (inscrire le diagnostic) : _____
☐ Fibrose kystique
☐ Hypertension pulmonaire primitive (PAP moyenne supérieure à 40 mmHg)
☐ Insuffisance cardiaque chronique
☐ Maladie neuromusculaire, précisez : _____
☐ Maladie de la cage thoracique (ex : cyphoscoliose), précisez : _____
☐ Maladie interstitielle : _____
☐ MPOC
☐ Syndrome obésité-hypoventilation
☐ Maladie cardio-pulmonaire non néoplasique considérée en phase terminale
☐ Autre maladie pulmonaire, précisez : _____

Autres diagnostics (Seul le critère nommé est nécessaire comme preuve d'admissibilité)

- ☐ Maladie pulmonaire néoplasique avec hypoxémie sévère (SpO₂ au repos plus petite que 88 % avec pronostic vital de moins de 3 mois)
Au repos, SpO₂ _____ % air ambiant
☐ Céphalée de Horton
☐ Pédiatrie Diagnostic : _____ ☐ Oxymétrie de pouls (*Acheminer le résultat)

PRESCRIPTION D'OXYGÈNE À DOMICILE

JOUR : Débit fixe : _____ L/min ou débit variable de _____ à _____ L/min pour SpO₂ visée _____ % **Nuit** : _____ L/min

Nombre hre/24 : _____ ☐ O₂ de confort ☐ O₂ de déambulation à ajuster au confort : _____

	Critères médicaux	Examens requis (*Acheminer les résultats)						
Situation A	☐ PaO ₂ plus petite ou égale à 55 mmHg	☐ Gaz artériel réalisé à l'air ambiant						
Situation B	☐ PaO ₂ plus petite ou égale à 59 mmHg ET UN des critères suivants :	☐ Gaz artériel réalisé à l'air ambiant						
	☐ Présence d'œdème périphérique							
	☐ Hématocrite plus grande ou égale à 55 %	☐ FSC						
	☐ Ondes « P » pulmonaires à l'ECG (3 mm en DII, DIII et AVF)	☐ ECG						
Pour les 2 situations	Date du Gaz artériel : <table><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> pH _____ PaO ₂ _____ PaCO ₂ _____ HCO ₃ _____ HbCO _____		Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour						

CRITÈRES MÉDICAUX D'ADMISSIBILITÉ - SUITE

OXYGÉNOTHÉRAPIE NOCTURNE

Cochez le diagnostic et inscrire les informations complémentaires demandées, au besoin :

- ☐ Apnée centrale non associée à de l'insuffisance cardiaque
- ☐ Fibrose kystique
- ☐ Maladie neuromusculaire
- ☐ Maladie thoracique autre : _____
- ☐ Maladie de la cage thoracique (cyphoscoliose)
- ☐ MPOC
- ☐ Respiration de Cheyne-Stokes
- ☐ Syndrome obésité-hypoventilation

Critères médicaux	Examens requis (*Acheminer les résultats)
☐ Désaturation en dessous de 90 % sur une durée de plus de 30 % du temps d'enregistrement lors d'une oxymétrie nocturne. ☐ Absence d'hypoxémie sévère diurne (PaO ₂ plus grande ou égale à 60 mmHg) lorsque des évidences cliniques de cœur pulmonaire sont notées.	☐ Oxymétrie nocturne réalisée à l'air ambiant _____ % du temps d'enregistrement avec SpO ₂ en dessous de 90% Année Mois Jour Date : _____
PRESCRIPTION D'OXYGÈNE À DOMICILE	EXAMENS DE CONTRÔLE :
NUIT : Débit O ₂ _____ l/minute ☐ O ₂ avec ventilation / CPAP / BiPAP	☐ Oxymétrie nocturne : ☐ avec O ₂ ☐ à l'air ambiant ☐ Gaz capillaire au matin Délai demandé : _____

DOCUMENTS À ACHEMINER

- ☐ Note médicale/sommaire d'hospitalisation récent détaillant la maladie et le besoin d'oxygénothérapie
- ☐ Résultats des examens confirmant les critères médicaux d'admissibilité
- ☐ Liste de la médication prise actuellement
- ☐ Agent payeur (attestation ou police d'assurance)

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE D'ADMISSION ET LES DOCUMENTS AU
PNOD.IUCPQ@SSSS.GOUV.QC.CA

IMPORTANT

Les demandes incomplètes et/ou illisibles vous seront retournées.

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur : _____ N° de permis : _____
En lettres moulées
Signature médicale (ou autorisée) : _____ Date : _____
Année Mois Jour Heure

SECTION RÉSERVÉE AU SRSRSD

Demande ☐ Acceptée ☐ Refusée

Signature : _____ Date : _____
Année Mois Jour Heure