

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère : _____

**SEVRAGE D'OXYGENOTHERAPIE
TRANSFERT DE L'HÔPITAL VERS
L'UNITÉ VIRTUELLE DE SOINS (DOMICILE)**

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATIONS

Diagnostiques pertinents reliés au suivi : _____

- ☐ Répond aux critères de l'unité virtuelle de soins (UVS)
- ☐ Non-fumeur et environnement sans fumée
- ☐ Besoin en oxygénothérapie transitoire (non admissible au Programme National d'Oxygénothérapie à Domicile (PNOD)) ou ayant un besoin de base augmenté;
- ☐ Accepte de respecter les normes de sécurité de l'utilisation d'oxygène et signe le contrat AH-613 Contrat d'engagement d'oxygénothérapie à domicile (annexe C)
- ☐ Accès rapide à une personne qui peut lui porter assistance en cas de besoin (proche aidant ou autre)
- ☐ Accès à un téléphone en tout temps et peut communiquer en français ou en anglais ou habite avec une personne qui parle une des 2 langues

OXYGÉNOTHÉRAPIE

_____ Débuter oxygénothérapie à _____ L/min _____ h/24h. SatO₂ entre _____ et _____ % et ajuster selon l'algorithme d'ajustement d'oxygénothérapie à domicile (annexe B) jusqu'à l'obtention d'une stabilité cardiorespiratoire. (O₂ supérieur ou égal 1 à 3 l/min)

Initiales

_____ Débuter le sevrage d'oxygénothérapie après 24 à 48 heures de stabilité cardiorespiratoire selon l'algorithme sevrage d'oxygénothérapie à domicile (annexe B)

Initiales

_____ Cesser l'oxygénothérapie si reprise du tabagisme (tabac, cannabis ou vapotage) durant le sevrage (OBLIGATOIRE POUR TOUT EX-FUMEUR RÉCENT)

Initiales

_____ Si usager oxygéo-dépendant connu au préalable, arrêter le sevrage si dosage usuel atteint

Initiales

Dosage usuel : _____ L/min _____ h/24h

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

ANNEXE A

Responsabilité (dépistage) secteur hospitalier (infirmière de transfert et ICASI de UVS)

1. Cibler les candidats éligibles au sevrage d'oxygène à domicile (section indication de l'ordonnance);
2. Valider la capacité de prise en charge par les soins à domicile (SAD);
3. Compléter page 1 de l'*OIPI-1007 Sevrage d'oxygénothérapie*;
4. Faire signer le formulaire ministériel *AH-613 Contrat d'engagement d'oxygénothérapie à domicile* (annexe C);
5. Acheminer la demande aux SAD selon les critères établis (section indications de l'ordonnance);

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Acheminer la Demande de Service Inter-Établissement (DSIE) (incluant : page 1 de l'<i>OIPI-1007 Sevrage de l'oxygénothérapie</i> et le <i>AH-613 Contrat d'engagement d'oxygénothérapie à domicile</i> de l'utilisateur et au courriel générique de l'équipe inhalo-SAD du secteur de l'utilisateur.✓ Attendre la confirmation de la date de l'installation des équipements avant d'octroyer le transfert de l'hôpital à UVS (à domicile). |
|---|

6. Assurer le transport de l'utilisateur vers le domicile avec l'oxygène.

Responsabilité (suivi) du médecin traitant (UVS)

1. Assurer un suivi médical à distance en collaboration avec les intervenants de l'UVS et du SAD.

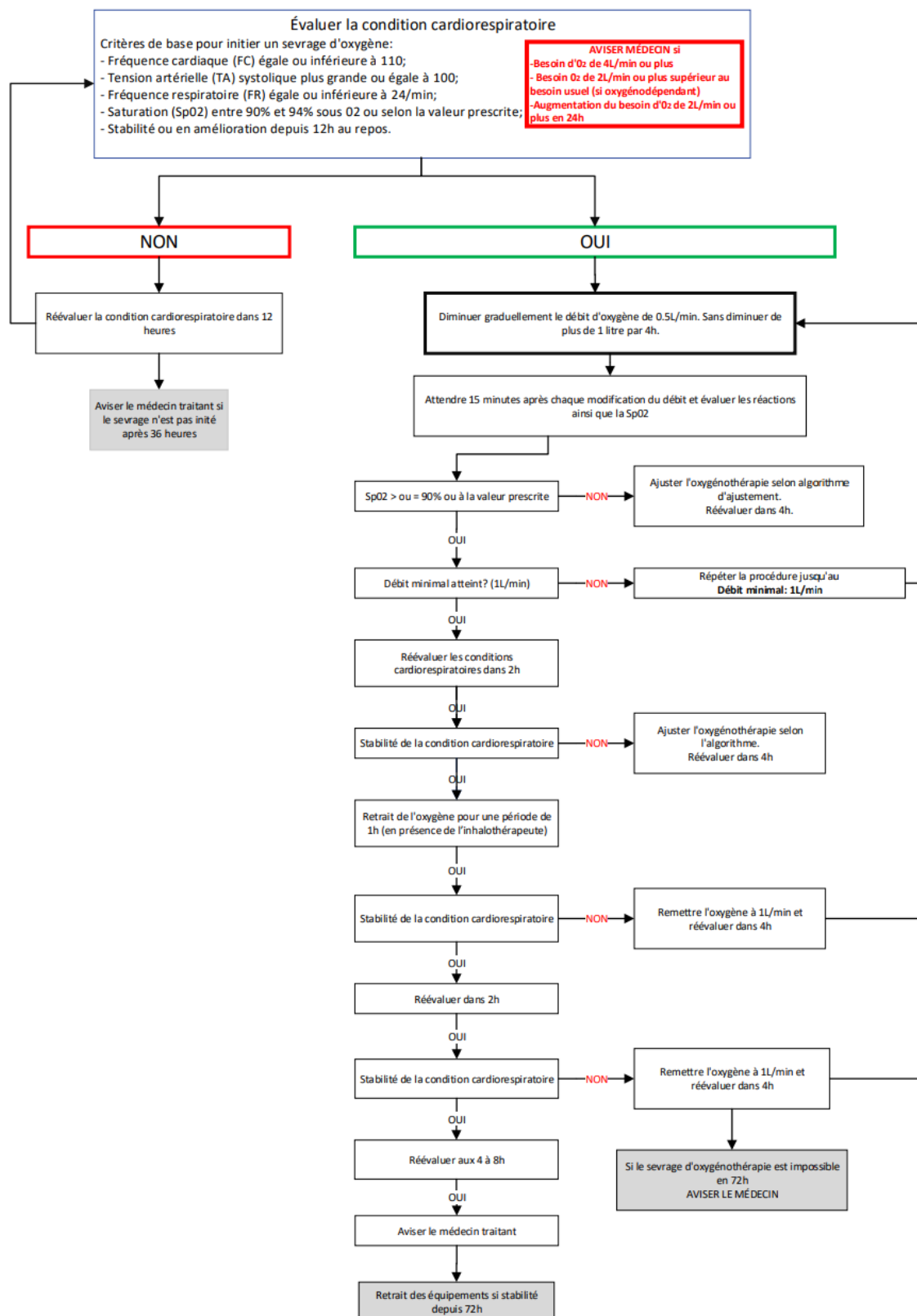
Responsabilités (suivi) des intervenants du SAD responsable d'un usager en sevrage d'oxygène à domicile

1. Valider l'éligibilité de la demande et procéder à la mise en place des équipements d'oxygénothérapie au domicile;
2. Assurer l'enseignement, le respect et l'application des mesures de sécurité à domicile en lien avec l'oxygénothérapie;
3. En collaboration avec les intervenants de l'UVS, assurer un suivi clinique de l'utilisateur à domicile en procédant à l'évaluation cardiorespiratoire;
4. Procéder au sevrage de l'oxygène selon l'algorithme ci-joint (annexe B) ou selon le dosage usuel de l'utilisateur;
5. Transmettre toutes les informations pertinentes aux intervenants de l'UVS;
6. Procéder au retrait des équipements d'oxygénothérapie lorsque le sevrage est complété;
7. Cesser l'oxygénothérapie s'il y a reprise du tabagisme (tabac, vapotage ou cannabis) durant le sevrage.

Responsabilités (suivi) intervenants de l'équipe UVS

1. Renforcer l'application des mesures de sécurité à domicile en lien avec l'oxygénothérapie;
2. En collaboration avec l'équipe du soutien à domicile, assurer un suivi clinique de l'utilisateur à domicile en procédant à l'évaluation cardiorespiratoire à distance;
3. Transmettre toutes les informations pertinentes aux intervenants du SAD;
4. En collaboration avec l'équipe du soutien à domicile, procéder au sevrage de l'oxygène selon l'algorithmes ci-joint (annexe B) ou selon le dosage usuel de l'utilisateur;
5. Aviser le médecin traitant de la progression;
6. Aviser le médecin traitant si échec du sevrage.

ANNEXE B





CONTRAT D'ENGAGEMENT À L'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

Je soussigné(e), _____, m'engage à respecter les conditions suivantes :
Usager ou personne autorisée à signer

1. Être fidèle à la prescription médicale;
2. Accepter les visites des intervenants pour le suivi clinique et la surveillance des appareils;
3. Accepter que mes besoins et services soient réévalués si nécessaire;
4. Accepter d'utiliser et d'entretenir les appareils d'oxygénothérapie selon les consignes reçues;
5. Assumer les coûts de remplacement et de réparation en cas de vol, de bris ou de perte causés par ma négligence;
6. Respecter la politique régionale de transport et de déplacement des appareils respiratoires prêtés;
7. Maintenir un environnement suffisamment sécuritaire, propre, dégagé et non infesté afin d'assurer le bon fonctionnement des appareils et la sécurité du personnel;
8. Respecter les mesures de sécurité suivantes (également reçues par écrit) concernant la manipulation et l'utilisation d'un appareil d'oxygénothérapie à domicile ou de déambulation :

- Mettre en évidence l'affiche signalant l'utilisation d'un appareil d'oxygénothérapie.
 - Placer le concentrateur et les cylindres d'oxygène dans un endroit aéré, toujours à trois mètres minimum d'une source de chaleur.
 - Ne pas utiliser une couverture électrique ni un coussin électrique.
 - Bien fixer les cylindres (attachés ou placés dans une base ou un chariot).
 - Ne jamais lubrifier l'appareil avec de l'huile, de la graisse ou de la vaseline.
- De plus, lorsque j'utilise l'appareil de déambulation, je sais que je ne dois pas :**
- fumer ni être à moins de trois mètres d'un fumeur;
 - m'approcher à moins de trois mètres d'une flamme ou d'une source de chaleur excessive;
 - ouvrir le four ni utiliser la cuisinière.

Je sais que, sous réserve de l'accord de mon médecin traitant ou du directeur médical du service, mon traitement d'oxygène à domicile prendra fin si (le traitement pourra continuer en établissement) :

- mon traitement n'est plus indiqué;
- je fume ou s'il est démontré que je fume par des tests de détection du tabagisme;
- je n'utilise pas l'appareil de façon sécuritaire;
- je ne respecte pas les conditions énumérées aux numéros 1 à 8 ci-dessus.

N.B : J'ai la responsabilité de transmettre cette information à tous ceux qui me côtoient ou me rendent visite.

Signature de l'usager ou de
la personne autorisée à signer _____

Date |_____| |_____| |_____|
Année Mois Jour

Signature de la personne
qui a donné l'information _____

Date |_____| |_____| |_____|
Année Mois Jour