

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

DEMANDE D'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE
PROGRAMME NATIONAL D'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE
(PNOD)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

EXCLUSION au programme

- Fumeur
- SAAQ
- Sécurité de revenu
- Ancien combattant
- Patient orphelin
- Assurance privée
- CNESST

Statut tabagique

☐ Fumeur ☐ Ex-fumeur, date de cessation _____ ☐ Non-fumeur
AAAA-MM-JJ

Si cessation de moins de 6 mois – Transmettre le résultat carboxy-hémoglobine

Oxygénothérapie

Oxygénothérapie à long terme 15 h/24 h : _____ L/min _____ h/24 h **au repos** - SatO₂ visée entre _____ et _____ %
Initiales _____ L/min _____ h/24 h **à l'effort** - SatO₂ visée entre _____ et _____ %

Cocher la catégorie du diagnostic admissible au PNOD

- ☐ Cardiopathie cyanogène associée à une autre maladie,
préciser : _____
- ☐ Fibrose kystique
- ☐ Hypertension artérielle pulmonaire primitive
- ☐ Insuffisance cardiaque chronique
- ☐ Maladie de la cage thoracique,
préciser : _____
- ☐ Maladie pulmonaire interstielle
- ☐ Maladie neuromusculaire,
préciser : _____
- ☐ MPOC
- ☐ Syndrome obésité-hypoventilation
- ☐ Autre maladie respiratoire,
préciser : _____

Documents à fournir :

- Gaz artériel à l'air ambiant au repos 30 min lors de stabilité cardiopulmonaire acquise
- Formule sanguine
- ECG (lors de PaO₂ 55 à 59 mmHg)
- Notes de consultation en pneumologie ou spécialiste

Oxygénothérapie nocturne : _____ L/min – Saturation visée entre _____ et _____ %

Initiales

Cocher la catégorie du diagnostic admissible au PNOD

- ☐ Apnée centrale
- ☐ Fibrose kystique
- ☐ Hypertension artérielle pulmonaire primitive
- ☐ MPOC
- ☐ Respiration Cheyne-Stoke

Documents à fournir :

- Rapport oxymétrie nocturne
- Note de consultation en pneumologie ou spécialiste **OU** Rapport d'essai ou d'échec CPAP/BiPAP

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init.)

DEMANDE D'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

_____ Oxygène de confort _____ L/min à titrer pour SatO ₂ visée entre _____ et _____ % Initiales	
Catégorie du diagnostic admissible au PNOD ☐ Maladie néoplasie : _____ ☐ Maladie non-néoplasique : _____	
Documents à fournir : ➤ Pronostic de moins de 3 mois ➤ Saturométrie à l'air ambiant au repos 30 min si possible	
Documents à fournir : ➤ Gaz artériel à l'air ambiant au repos 30 min lors de la stabilité cardiopulmonaire acquise ➤ Rapport mentionnant une évidence clinique de cœur pulmonaire ou arythmie cardiaque nocturne significative documentée par un cardiologue ou un spécialiste	
_____ Oxygène de déambulation usager non oxygéné dépendant _____ à titrer pour SatO ₂ entre _____ et _____ % Initiales	
Catégorie du diagnostic admissible au PNOD ☐ Hypertension artérielle pulmonaire primitive	
Document à fournir : ➤ Test de marche de 6 min	
_____ Oxygène Céphalée de Horton 5 à 10 L/min 5 à 30 min Initiales	
_____ Oxygène Clientèle Pédiatrique _____ L/min _____ h/24 h à titrer pour SatO ₂ entre _____ et _____ % Initiales	
Préciser diagnostic : _____ Document à fournir : ➤ Étude de saturométrie 6 à 12 h	
La titration par l'inhalothérapeute est effectuée selon l'algorithme (Annexe 2) à moins d'indication contraire <i>Pour une titration personnalisée, veuillez joindre l'algorithme de titration personnalisée</i>	
Réévaluation médicale requise par le programme à organiser par le prescripteur ➤ Consultation en pneumologie ➤ Carboxyhémoglobine de contrôle 3 mois post début du traitement pour usager ex-fumeur de moins de 6 mois ➤ Gaz artériel de contrôle 3 mois post début du traitement ➤ Saturométrie nocturne de contrôle avec oxygène si pertinent	
_____ Saturométrie nocturne de contrôle à domicile avec oxygène si pertinent, délais post début traitement _____ Initiales	
_____ Autre examen : _____ Initiales	

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init.)

CRITÈRES MÉDICAUX D'ADMISSIBILITÉ DU PROGRAMME NATIONAL D'OXYGNOTHÉRAPIE À DOMICILE (PNOD)

Non-admissible au programme

- Usager fumeur (un usager ayant récemment cessé de fumer doit démontrer une abstinence de 4 semaines à domicile avant de considérer l'admissibilité).
- Oxygène à l'entraînement quel que soit le diagnostic

Oxygénothérapie long terme supérieure ou égale 15 h/24 h

- PaO₂ au repos inférieure ou égale à 55 mmHg **OU**
- PaO₂ au repos inférieure ou égale à 59 mmHg en présence d'œdème périphérique ET/OU une hématoците supérieure ou égale à 55% **ET/OU** des ondes « P » pulmonaires à l'ECG (3 mm en DII, DIII et AVF)

***Important :** La gazométrie artérielle doit être effectuée alors que l'usager est au repos, en position assise et qu'il respire à l'air ambiant depuis au moins 30 minutes.

Oxygénothérapie nocturne en l'absence d'hypoxémie diurne sévère

- Saturométrie nocturne inférieure à 90% pendant plus de 30% de la nuit avec évidence cliniques de cœur pulmonaire ou avec arythmies cardiaques nocturnes significatives documenté par un cardiologue chez :
 - MPOC
 - Hypertension pulmonaire primitive
 - Apnée centrale non associée à l'insuffisance cardiaque
 - Respiration Cheynes-stokes
 - Maladie neuromusculaire et syndrome obésité-hypoventilation si l'hypoxémie persiste malgré une ventilation non invasive efficace
- Saturométrie nocturne inférieure à 90% pendant plus de 10% de la nuit chez :
 - Fibrose Kystique

***Non-admissible :** Apnée obstructive du sommeil, maladies pulmonaires interstitielles avec désaturation nocturne isolée; Syndrome obésité-hypoventilation avec désaturation nocturne non apnéique

Oxygénothérapie de confort

- Maladies néoplasiques : cancer primitif du poumon ou d'une affection pulmonaire relié à une autre forme de cancer
 - Saturation au repos inférieure à 88% avec un pronostic vital estimé à moins de 3 mois
- Maladies cardio-pulmonaire non-néoplasiques en phase terminale
 - PaO₂ au repos inférieure ou égale à 55 mmHg **OU**
 - PaO₂ au repos inférieure ou égale à 59 mmHg en présence d'œdème périphérique ET/OU une hématoците supérieure ou égale à 55% **ET/OU** des ondes « P » pulmonaires à l'ECG (3 mm en DII, DIII et AVF)

Oxygénothérapie de déambulation

- Hypertension pulmonaire primitive (PAP supérieure à 40 mmHg admissible en présence de :
 - Désaturation à effort sous le seuil de 90%.
 - L'oxygénothérapie doit majorer la saturation au-delà du seuil critique de 90%
- Usager oxygéo-dépendant admissible si;
 - Présente les critères de l'oxygénothérapie à long terme
 - Démontre qu'il quitte son domicile au moins 4 heures par semaine
 - Désaturation significative à effort, sous le seuil de 85% lors de test de marche 6 min doit être démontrée
 - Doit y avoir correction de la désaturation à effort, saturation à supérieure ou égale à 90% par l'oxygène de déambulation lors d'un second test de marche 6 min

***Non-admissible :** Usager non oxygéo-dépendant avec désaturation isolée à effort

Clientèle pédiatrique

- Enregistrement de la saturation en oxygène sur une période d'au moins 6h à 12h
- Interprétation de l'enregistrement de la saturation en oxygène par un spécialiste pédiatrique avec expérience dans ce domaine
- Saturation en oxygène doit être maintenue au moins à 92 à 93%

Algorithme d'ajustement d'oxygénothérapie à domicile

