

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## SUIVI ET RÉVISION DE L'O<sub>2</sub> À DOMICILE PAR INHALOTHÉRAPEUTE DESTINÉ AU MÉDECIN/IPS

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_

**Objet :** ☐ Modification d'ordonnance requise ☐ Renouvellement d'ordonnance (Ordonnance expirée)  
☐ Réévaluation 3 mois post installation Autre : \_\_\_\_\_

**Diagnostic principal relié au besoin d'oxygénothérapie :** \_\_\_\_\_

### Rapport d'évaluation de l'inhalothérapeute à domicile

**Ordonnance O<sub>2</sub> à domicile en cours :** \_\_\_\_\_

#### Dernier relevés de saturation

SpO<sub>2</sub> à l'air ambiant (plus de 30 min) au repos Résultat : \_\_\_\_\_ % Date : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

SpO<sub>2</sub> à l'air ambiant à l'effort Résultat : \_\_\_\_\_ % Date : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

SpO<sub>2</sub> avec O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ L/min au repos Résultat : \_\_\_\_\_ % Date : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

SPO<sub>2</sub> avec O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ L/min à l'effort Résultat : \_\_\_\_\_ % Date : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

#### Recommandations de l'inhalothérapeute

☐ Ordonnance O<sub>2</sub> à cesser ☐ Ordonnance O<sub>2</sub> à renouveler ☐ Ordonnance O<sub>2</sub> à modifier  
☐ Gaz artériel ☐ Carboxyhémoglobine ☐ Consultation en pneumologie

Suggestion / Information complémentaires : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Téléphone : \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Ordonnance médicale

\_\_\_\_\_ Cesser l'oxygénothérapie

Initiales

\_\_\_\_\_ Oxygénothérapie à long terme 15/24 \_\_\_\_\_ L/min \_\_\_\_\_ h/24 h au repos - Titrer pour SatO<sub>2</sub> entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ %

Initiales

\_\_\_\_\_ L/min \_\_\_\_\_ h/24 h à l'effort - Titrer pour SatO<sub>2</sub> entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ Oxygénothérapie nocturne \_\_\_\_\_ L/min – Saturation visée entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ %

Initiales

\_\_\_\_\_ Oxygène de déambulation usager non oxygène-dépendant \_\_\_\_\_ à titrer pour SatO<sub>2</sub> entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ %

Initiales

\_\_\_\_\_ 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<sub>2</sub> entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ %

Initiales

\_\_\_\_\_ Satirométrie nocturne de contrôle à domicile

Initiales

Autre : \_\_\_\_\_

*NB : La titration par l'inhalothérapeute est effectuée selon l'algorithme (Annexe 1) à moins d'indication contraire.  
(Pour une titration personnalisée, veuillez joindre l'algorithme de titration personnalisée)*

**Recommandations :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date et heure (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_ Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_ # permis

☐ Fax envoyé par \_\_\_\_\_ (init.) Heure d'envoi : \_\_\_\_\_ Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init.)

### Algorithme d'ajustement d'oxygénothérapie à domicile

