

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 le domicile
ou en soins post-aigus

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATIONS	À domicile	Post-aigu
1. Âgé de 18 ans et plus;	OUI	OUI
2. NON-FUMEUR et environnement sans fumée;	OUI	OUI
3. Besoin en oxygénothérapie transitoire (non admissible au Programme National d'Oxygénothérapie à Domicile (PNOD));	OUI	OUI
4. A un médecin de famille ou répondant;	OUI	OUI
5. Signe vitaux stables au repos ou en amélioration sur 12 heures :		
a. Fréquence cardiaque (FC) égale ou inférieure à 110 bpm;		
b. Tension artérielle systolique (TAS) supérieure ou égale à 100 mmHg;	OUI	OUI
c. Fréquence respiratoire (FR) égale ou inférieure à 24/min;		
d. Saturation (SatO ₂) supérieure ou égale à 90 % au repos ou selon la valeur prescrite avec O ₂ supérieur ou égal 1 à 3 L/min;		
6. Glycémies stables;	OUI	OUI
7. Accepte de respecter les normes de sécurité de l'utilisation d'oxygène et signe le contrat AH-613;	OUI	NON
8. S'engage à respecter les normes de sécurité de l'utilisation d'oxygène en soins post-aigus;	NON	OUI
9. Accès rapide à une personne qui peut lui porter assistance en cas de besoin (proche, voisin, employé, etc.);	OUI	NON
10. 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;	OUI	NON
11. Ordonnance pour consultation en pneumologie en cas d'échec au sevrage.	OUI	OUI

DIAGNOSTIC(S) pertinent(s) relié(s) au suivi

OXYGÉNOTHÉRAPIE

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

_____ Débuter le sevrage d'oxygénothérapie après 24 à 48 heures de stabilité cardiorespiratoire selon algorithme sevrage d'oxygénothérapie à domicile.

_____ Consulter en pneumologie en cas d'échec au sevrage et aviser le médecin traitant ou répondant.

_____ Si le sevrage d'oxygénothérapie est impossible, vérifier si l'usager répond aux critères du PNOD pour une oxygénothérapie long terme.

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

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

ANNEXE

Responsabilités secteur hospitalier

1. Cibler les candidats éligibles au sevrage d'oxygène à domicile ou en post-aigu (Section indications de l'ordonnance);
2. Compléter l'OIPI-955;
3. Transmettre au médecin de famille ou répondant une communication du besoin de prise en charge;

Par ordre de priorité :

1. Médecin de famille
2. Absence de médecin de famille et usager non mobile : suivie intensifs à domicile (SIAD) pour les secteurs couverts
*Pour les soins post-aigus, un médecin répondant ne peut pas être le médecin de l'UTRF

4. Faire **signer** le formulaire ministériel Contrat d'engagement d'oxygénothérapie à domicile (AH-613);
5. Acheminer la demande aux soins à domicile (SAD) ou au soins post-aigus (UTRF) selon les critères établis (Section indications de l'OIPI-955);

Pour une demande aux soins à domicile :

- ✓ Acheminer la DSIE (incluant : l'OIPI-955, le contrat, une copie de la communication au médecin traitant au guichet d'accès du soin à domicile du secteur de l'usager;
- ✓ Attendre la confirmation de la date de l'installation des équipements avant d'octroyer le congé d'hôpital.

Pour une demande aux soins post-aigus

- ✓ Acheminer la DSIE (incluant : l'OIPI-955, une copie de la communication au médecin traitant au guichet d'accès aux soins post aigus (GASPA)
 - ⇒ Par courriel : guichet.soinspost-aigus.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
 - ⇒ Par téléphone : 450-371-0143, poste 113209.

6. Assurer le transport de l'usager vers le domicile ou en soins post aigus avec oxygène.

Responsabilité médecin de famille ou répondant

1. Assurer un suivi médical à distance en collaboration avec les intervenants responsables afin d'éviter un retour à l'hôpital.

Responsabilité intervenants responsables d'un usager en sevrage d'oxygène à domicile ou en post-aigu

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. Assurer un suivi clinique de l'usager à domicile en procédant à l'évaluation cardiorespiratoire;
4. Procéder au sevrage de l'oxygène selon les algorithmes ci-joints;
5. Transmettre toutes les informations pertinentes aux membres de l'équipe interdisciplinaire, incluant le médecin;
6. Procéder au retrait des équipements d'oxygénothérapie lorsque le sevrage est complété;
7. Cesser oxygénothérapie s'il y a reprise du tabagisme (tabac, vapotage ou cannabis) durant le sevrage.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec

Direction des services professionnels
et de l'enseignement médical

Date : _____

~~aaaa~~-mm-jj

Dr(e) : _____

Médecin traitant

Adresse : _____

_____, (Québec)
Ville

Code postal

Raison d'hospitalisation de votre patient :

Début de sevrage d'oxygénothérapie à domicile : _____

~~aaaa~~-mm-jj

L'équipe d'inhalothérapie en soutien à domicile (SAD) assurera les suivis cliniques de votre patient et procédera au sevrage de l'oxygène selon les algorithmes établis par le CISSMO. Elle vous transmettra également toute information pertinente et sollicitera votre collaboration au besoin.

Pendant cette période, nous avons besoin de votre soutien afin d'assurer un suivi médical à distance en collaboration avec les intervenants responsables du SAD et ce, afin d'assurer la sécurité des soins et éviter un retour à l'hôpital.

Dr(e) _____

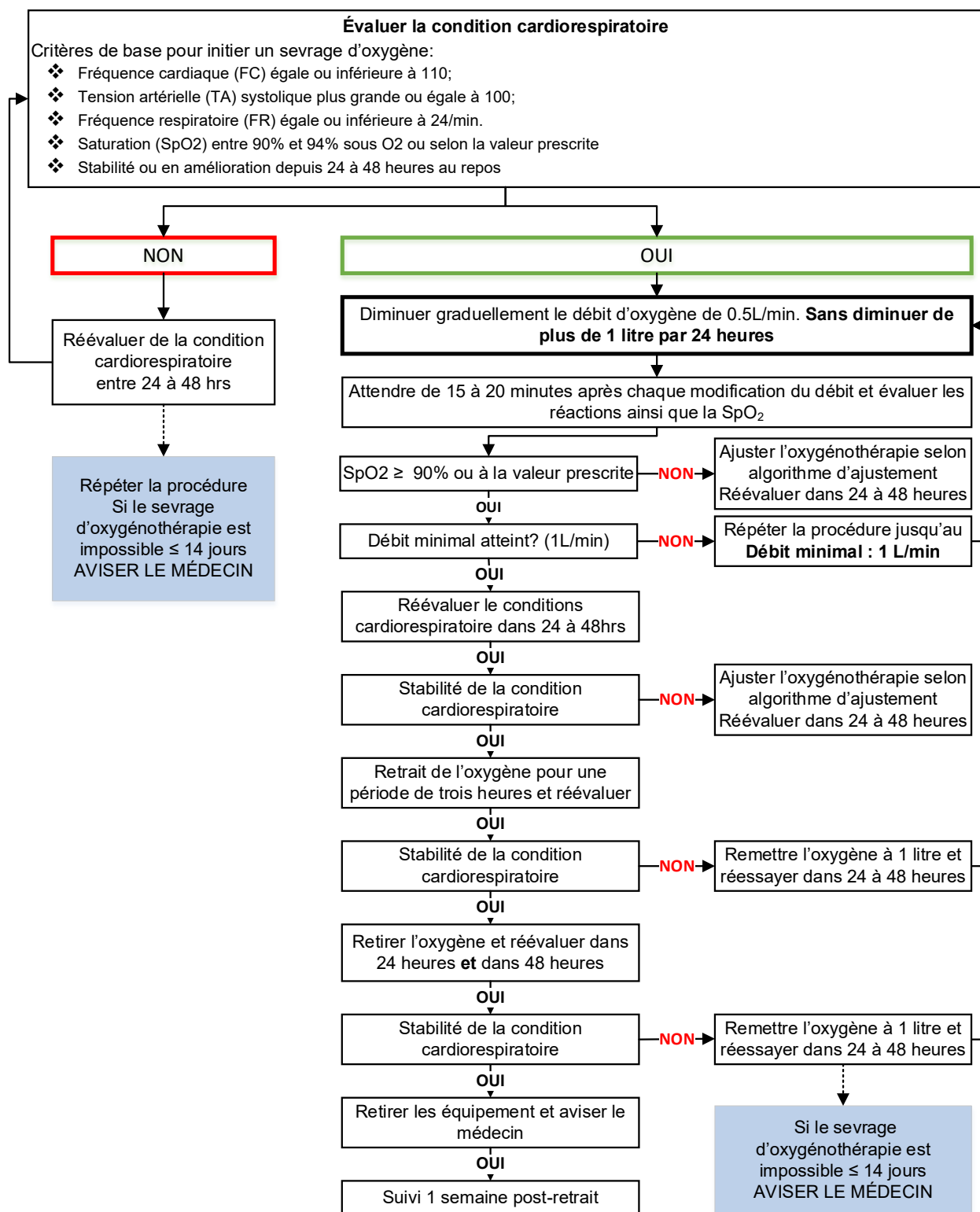
☐ ~~Hôpital Anna-Laberge~~

☐ ~~Hôpital~~ Barrie Memorial / Barrie Memorial Hospital

☐ Hôpital du Suroît

200, boulevard Brisabois
Châteauguay (Québec) J6K 4W8
Courriel : dspem.ciassmo16@ciass.gouv.qc.ca
Télécopieur : 450 699-2525
santementregie.qc.ca/ouest

Algorithme de sevrage d'oxygénothérapie à domicile





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 prêts;
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