

SOINS RESPIRATOIRES - DEMANDE DE CONSULTATION / DEMANDE DE SERVICES

Durant les heures d'ouverture normales, télécopier à Medigas au **1-855-233-1160**. Hors de ces heures, téléphoner au 1-866-446-6302

Cette télécopie, qui contient de L'INFORMATION PRIVILÉGIÉE ET CONFIDENTIELLE, DONT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ, s'adresse uniquement au(x) destinataire(s) susnommé(s). Si vous n'êtes pas ce destinataire, vous êtes par la présente avisé que toute diffusion ou copie de cette communication est strictement interdite. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, nous vous prions de nous en informer immédiatement par téléphone au numéro ci-dessus, et de détruire l'original.

INFORMATION PATIENT(E)

Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse		Ville		Province	
Code postal		No téléphone principal		No d'assurance maladie	
Date de naissance		Diagnostic		Soins palliatifs <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

MÉDECIN / INFIRMIER (ÈRE) PRACTICIEN (NE) : REMPLIR L'ORDONNANCE OU LES ORDONNANCES PERTINENTES

SOINS RESPIRATOIRES

- Évaluation respiratoire : peut inclure une analyse d'oximétrie à l'air ambiant, au repos, à l'effort et/ou nocturne
- Oxygénothérapie à domicile
Maintenir SpO₂ > 89 %, ou entre _____ - _____ %
OU
au repos _____ Umin _____ h/24
à l'effort _____ Umin _____ h/24
la nuit _____ Umin _____ h/24
- Gestion de la MPOC
- Autres soins respiratoires (préciser) _____

Financement provincial AB, ON et SK seulement

Date d'admissibilité de GAS _____
(Gaz artériel du sang)
Résultats : pH _____ PO₂ _____ PCO₂ _____ SaO₂ _____ %
 Le GAS n'a pu être fait à cause du risque médical
Raison (préciser) _____

SOMMEIL

- Dépistage de niveau III à domicile*: avec un résultat positif au dépistage, selon le médecin interprétant le test, commencer l'essai CPAP avec une titration automatique selon les paramètres suivants :
_____ 4 _____ Pression min. _____ 20 _____ Pression max.
OU
_____ Pression min. _____ Pression max.

*** Test de niveau I requis en ON et SK pour le financement provincial du traitement PPC**

(Après l'essai de la titration automatique CPAP)

- Thérapie auto-CPAP
Pression min. _____ Pression max. _____
L'auto-CPAP peut être remplacé par le CPAP standard selon la pression moyenne de la titration automatique pendant 90 % du temps de la titration.
- Thérapie CPAP
_____ cm H₂O _____ Rampe (minutes)
- Programme STAR^{MC}
Rééducation du patient, techniques TCC, vérification du fonctionnement de l'équipement, monitoring des données

COMMENTAIRES/INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES :

Nom médecin / infirmier(ère) praticien(ne) _____ Tél. _____

Signature médecin / infirmier(ère) praticien(ne) _____ Date _____

CONSIDÉRÉE COMME UNE PRESCRIPTION VALIDE LORSQUE SIGNÉE PAR UN MÉDECIN OU UN INFIRMIER PRACTICIEN