

## 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 mm / jj / aaaa		
Diagnostic				Soins palliatifs <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

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

### SOINS RESPIRATOIRES

### SOMMEIL

- Évaluation respiratoire : peut inclure une analyse d'oximétrie à l'air ambiant, au repos, à l'effort et/ou nocturne
- Oxygénothérapie à domicile  
Maintenir SpO<sub>2</sub> > 89 %, ou entre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ %  
**OU**  
au repos \_\_\_\_\_ L/min \_\_\_\_\_ h/24  
à l'effort \_\_\_\_\_ L/min \_\_\_\_\_ h/24  
la nuit \_\_\_\_\_ L/min \_\_\_\_\_ h/24
- Gestion de la MPOC
- Autres soins respiratoires (*préciser*) \_\_\_\_\_

- 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 H<sub>2</sub>O \_\_\_\_\_ Rampe (minutes)
- Programme STAR<sup>MC</sup>  
Rééducation du patient, techniques TCC, vérification du fonctionnement de l'équipement, monitoring des données

### Financement provincial AB, ON et SK seulement

Date d'admissibilité de GAS \_\_\_\_\_ mm / jj / aaaa  
(Gaz artériel du sang)

Résultats : pH \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

- Le GAS n'a pu être fait à cause du risque médical  
Raison (*préciser*) \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES/INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES

Nom médecin / infirmier(ère) praticien(ne) \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Signature médecin / infirmier(ère) praticien(ne) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ mm / jj / aaaa