

**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) (en lettres moulées)**

Nom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone principal	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Soins palliatifs <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
N° d'assurance maladie		
Diagnostic		

**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 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*)  
 \_\_\_\_\_

Financement provincial AB, ON et SK seulement

Gaz artériel du sang (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_  
 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*) \_\_\_\_\_

**SOMMEIL**

- Polygraphie cardio-respiratoire du Sommeil (PCRS)
- Polygraphie cardio-respiratoire du Sommeil (PCRS)\* : 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 \_\_\_\_\_ Ramp (minutes)

**COMMENTAIRES / INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES**

Nom médecin / infirmier(ère) praticien(ne)

N° de tél.

Courriel

N° de licence

Signature médecin / infirmier(ère) praticien(ne)

Date (mm/jj/aaaa)

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