



D.N. : _____ No dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
NAM : _____
Nom de la mère : _____
Nom du père : _____
Numéro de téléphone : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Code postal : _____

DEMANDE DE SERVICES PROGRAMME NATIONAL D'ASSISTANCE VENTILATOIRE À DOMICILE (PNAVD)

Médecin référant : _____ Médecin traitant : _____
Médecin de famille : _____

DIAGNOSTICS PRINCIPAUX : _____

OXYGÉNOTHÉRAPIE

Prescription d'oxygène : _____ L/min _____ h/24h Nocturne

VENTILATION

Bi-niveau (BiPAP) : Mode : S/T S PC Autre : _____ Masque facial si nécessaire
Pressions : IPAP _____ /EPAP _____ cmH₂O Ti _____ FR _____ /min O₂ _____ L/min
AVAPS : Vc _____ /mL IPAP min/max _____ / _____ cmH₂O / PEEP _____ cmH₂O
Ti _____ FR _____ /min O₂ _____ L/min

Volumétrique : mode _____ Vc _____ mL PEEP _____ cmH₂O FR _____ /min O₂ _____ L/min

Ventilation à pièce buccale : Vc _____ mL

À faire 1 mois post-initiation VNI : CAB capillaire Oxymétrie nocturne avec VNI Rapport carte mémoire

Rapports d'examens requis (sans VNI) :

CAB : Capillaire Artériel Air libre O₂ _____ L/min pH _____ pO₂ _____ pCO₂ _____

Si disponible inclure : Polysomnographie Oxymétrie nocturne Poids : _____ kg
(Hors IUCPQ-UL) Consultation pneumologie Test fonction respiratoire complet Taille : _____ m

AIDE À LA TOUX : Air Stacking : _____ /jour Cough-assist : - _____ / + _____ cmH₂O _____ /jour

Date :

Année	Mois	Jour

 Signature du médecin : _____

Compléter et faire parvenir via une demande de services interétablissements (DSIE) ou télécopier directement au 418-656-4876.