

**ANNEXE 1 A LA CONVENTION DE REEDUCATION RELATIVE A L'INSTAURATION ET AU SUIVI
ULTERIEUR DE L'ASSISTANCE VENTILATOIRE MECANIQUE A DOMICILE (AVD)**

Rapport médical : toujours remplir la rubrique "IDENTIFICATION", ainsi que les rubriques 1 et 4
Remplir, lors d'une 1^{ère} demande, la rubrique 2 et, lors d'une demande de prolongation, la rubrique 3 et éventuellement dans la rubrique 2 la(les) partie(s) qui correspondent aux indications et techniques prescrites

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

Numéro d'identification : 7.
Entité fonctionnelle à l'intérieur du site l'hôpital (fusionné)

Adresse du site de l'hôpital (fusionné)

Numéro de téléphone auquel l'établissement peut être joint 24/24 h :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom + Prénom : Sexe : M - F
Rue + numéro :
Code postal + commune :
Date de naissance:
Organisme assureur :

1 – LA DEMANDE CONCERNE LA (LES) TECHNIQUE(S) D'AVD SUIVANTE(S) ET POUR LA PERIODE SUIVANTE

| Technique(s) | | 1 ^{ère} demande | | Prolongation | | | |
|----------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | | Du ¹ | Au ¹ | Déjà accordé | | Demande actuelle | |
| | | | | du ¹ | Au ¹ | Du ¹ | Au ¹ |
| A | AVD continue | | | | | | |
| B | AVD discontinue | | | | | | |
| C1 | Pression positive | | | | | | |
| | Press. perit. nég. | | | | | | |
| C2 | BiPAP nocturne | | | | | | |
| C2bis | BiPAP discontin. pour âgés < 5 ans | | | | | | |
| D² | Percuss. l- pulm | | | | | | |
| E³ | Aspirat. Trach. | | | | | | |

2 – 1^{ère} DEMANDE -CATEGORIE, DIAGNOSTIC ET VALEURS OBJECTIVES (cf. Art. 3 de la convention)

A – AVD continue

- Le bénéficiaire présente une affection respiratoire restrictive dont l'origine est la suivante :
 - pulmonaire pleurale neurologique (neuro)-musculaire squelettique
- Le bénéficiaire présente une affection respiratoire obstructive
Le diagnostic précis est ⁴:

Le bénéficiaire est trachéotomisé:

¹ Remplir chaque fois la date dans les case correspondantes sous la forme jj.mm.aaaa (par ex. 01.11.2007).
² Eventuellement ensemble avec A, B, C1 of C2, C2bis, E
³ Eventuellement ensemble avec A, B, C1 of C2, C2bis, D
⁴ Indiquer le nom de l'affection

oui non

Le bénéficiaire présente également un syndrome d'obésité-hypoventilation

oui non

BMI =kg/m²

S'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire qui a initialement appartenu à la catégorie B :

| Valeurs de la gazométrie ⁵ | | |
|---------------------------------------|------------|--------------------|
| | Sous AVD | < 1 h après l' AVD |
| SpO ₂ | % | % |
| of | | |
| PCO ₂ | mmHg | mmHg |

S'il s'agit bien d'un bénéficiaire qui a initialement appartenu à la catégorie B:

Le nombre total d'heures d'utilisation effective de l'AVD par 24 h., tel que démontré par le compteur s'élève àh.

B – AVD discontinuée

Le bénéficiaire présente une hypoventilation alvéolaire suite affection respiratoire restrictive dont l'origine est la suivante :

pulmonaire pleurale neurologique (neuro)-musculaire squelettique

Le bénéficiaire présente une hypoventilation alvéolaire suite à une affection respiratoire obstructive

Le diagnostic précis est ⁴:

Le bénéficiaire est trachéotomisé:

oui non

Le bénéficiaire présente aussi un syndrome d'obésité hypoventilation

oui non

BMI =kg/m²

S'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire qui a initialement appartenu à la catégorie C1 of C2:

| Valeurs de la gazométrie ⁵ | | |
|---------------------------------------|------------|--------------------------------|
| | Sous AVD | De jour quelques h.après l'AVD |
| SaO ₂ | % | % |
| en/of | | |
| PCO ₂ de jour | mmHg | mmHg |

S'il s'agit bien d'un bénéficiaire qui a initialement appartenu à la catégorie C1 of C2:

Le nombre total d'heures d'utilisation effective de l'AVD par 24 h., tel que démontré par le compteur s'élève àh.

⁵ Toujours obligatoire lors de la première demande d'AVD, mais plus lors d'une prolongation de l'AVD dans la même catégorie

C1 (ou C2bis & BiPAP)– AVD nocturne par pression positive ou pression périthoracique négative

- le bénéficiaire présente un syndrome d'hypoventilation centrale
 - malédiction d' Ondine
 - ou acquis dans le cadre d'
 - une affection neurologique
 - une affection neuromusculaire

Le diagnostic précis est ⁴:

- Avec absence quasi totale
 - de réponse ventilatoire à l'hypoxémie
 - de réponse ventilatoire à l'hypercapnie

- ou bien le bénéficiaire présente une affection restrictive d'origine neuromusculaire
Le diagnostic précis est ⁴:

| Gazométrie sans AVD | |
|----------------------------|---|
| soit | PaCO ₂ de jour = mmHg ⁵ |
| soit | SpO ₂ nocturne ≤ 90 % durant au moins 5 minutes consécutives:min ⁵ |
| | PCO ₂ nocturne ≥ 47 mmHg durant au totalheures du temps passé au lit. ⁵ |

ou lors d'une affection neuromusculaire rapidement progressive

| Il présente une capacité vitale ... | | |
|--|-----------------|--------------------------------------|
| | au ¹ | valeurs ⁵ |
| ... lors de la 1 ^{ère} mesure | | L |
| ... lors de la 1 ^{ère} mesure | | L |
| ou... | | |
| ...pression inspiratoire maximale | = | cm H ₂ O ⁵ |
| ...ou capacité vitale | = | % de la valeur attendue ⁵ |

- Ou bien il s'agit d'un bénéficiaire qui a initialement appartenu à la catégorie C2, a), avec une affection restrictive dont l'origine est la suivante

- pulmonaire pleurale squelettique

Le diagnostic précis est ⁴:

Le bénéficiaire répond aux critères pour l'AVD nocturne par BiPAP (lors de la 1^{ère} demande : voir renseignements au sujet des gaz sanguins sous la rubrique C2, a) et a été ventilé pendant la nuit sous BiPAP

du¹ au¹

Mais il ne supporte pas la BiPAP à cause de⁶

ou

- la BiPAP n'a pas conduit à une correction substantielle de la PCO₂ .nocturne

⁶ Décrire les raisons

C2 – AVD nocturne par BiPAP

Le bénéficiaire appartient à l'un des 2 groupes suivants :

- soit des patients atteints d'une affection restrictive dont l'origine est la suivante (= C2, a)
- pulmonaire pleurale squelettique
- Le diagnostic précis est ⁴:

Le bénéficiaire présente aussi un syndrome d'obésité hypoventilation

- oui non BMI =kg/m²
 si BMI > 30, l'intéressé présente un SAOS (cf PSG effectuée le ¹)
 oui non

| Gazométrie sans AVD | |
|---------------------|---|
| soit | PaCO ₂ de jour = mmHg ⁵ |
| soit | SpO ₂ nocturne ≤ 90 % durant au moins 5 minutes consécutives :min ⁵ |
| | PCO ₂ nocturne ≥ 47 mmHg durant au totalheures du temps passé au lit. ⁵ |

- soit des patients présentant un syndrome d'obésité hypoventilation (= C2, b)

Le bénéficiaire

- A déjà été guidé pour des mesures d'hygiène de vie et d'exercice physique par⁷:
du¹ au¹
- A suivi un régime Guidé par⁷:
du¹ au¹
- Présente un BMI dekg/m²
- Présente un AHI depar h. de sommeil
- Présente un FEV₁/FVC de
- A déjà été hospitalisé au moins une fois à cause d'un épisode d'insuffisance respiratoire, du¹ au¹

| Gazométrie sans BiPAP ⁵ | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Soit | lors de la | 1 ^{ère} mesure | 2 ^{ème} mesure |
| | Effectuée le ¹ | | |
| | PaCO ₂ de jour = | mmHg | mmHg |
| | | | |
| | | | |
| Soit | lors de la | 1 ^{ère} PSG ⁸ | 2 ^{ème} PSG ⁸ |
| | Effectuée le ¹ | | |
| | PCO ₂ |mmHg |mmHg |
| | sommeil effectif enregistré = | h min (= a) | h min (= a) |
| | SpO ₂ < 88 % durant = | h min | h min |
| | SpO ₂ < 90 % durant = | h min | h min |
| | | =.....% de a | =.....% de a |

| Gazométrie PSG ⁸ sous BiPAP ⁵ | |
|---|--|
| | Effectuée le ¹ |
| | h & min de sommeil effectif = h min (= a) |
| | PCO ₂ =mmHg |
| | Ou total h & min SpO ₂ ≤ 90% = h min (=...% de a) |

⁷ Mentionner le nom et la qualification de la personne ou du service

⁸ Les tracés sont conservés au dossier du bénéficiaire

Lors des premières demandes pour tous les bénéficiaires des catégories C1 et C2

Gazométrie sous AVD à l'essai:

PCO₂ de jour =mmHg

ou

PCO₂ nocturne transcutanée continue =mm Hg

SpO₂ nocturne transcutanée continue =%

Ou, lors d'une AVD invasive:

PCO₂ nocturne en fin d'expiration =mm Hg

D. percussion intrapulmonaire

Le bénéficiaire appartient à l'un des 2 groupes suivants :

Patients atteints d'une affection neuromusculaire et/ou tétraplégie haute (C1 à C8)
Avec pression expiratoire maximale =
cm H₂O

et

avec un débit expiratoire maximal = L/min

Ou bénéficiaires sous AVD continue, discontinue ou nocturne autre que par BiPAP

Avec pression expiratoire maximale = cm H₂O

et

avec un débit expiratoire maximal = L/min

E. Assistance à la toux ou aspiration trachéale non-invasive

bénéficiaires sous AVD ou non avec capacité de la toux insuffisante et, malgré toutes les autres mesures utiles

avec un débit expiratoire maximal de = L/min

une aspiration journalière est nécessaire

oui non

3 – LORS D'UNE PROLONGATION (cf. Art. 4 de la convention).

Catégorie A

Description succincte des buts atteints lors de la période écoulée. Une éventuelle nouvelle mesure récente des gaz sanguins peut être mentionnée à la rubrique 2, A

Catégorie B, C1 of C2

Lors d'une première prolongation mentionner au moins 1 valeur d'une mesure récente :

SpO₂ de jour =%

PCO₂ de jour =mm Hg

PO₂ de jour =mm Hg

Description succincte des buts atteints lors de la période écoulée

Lors de chaque prolongation ultérieure

Facultatif: mentionner au moins m une valeur d'une mesure récente

SpO₂ de jour =%

PCO₂ de jour =mm Hg

PO₂ de jour =mm Hg

Description succincte des buts atteints lors de la période écoulée et, si absence d'une mesure récente d'une de ces valeurs en indiquer aussi expressément la raison

4 – RESEAU DE REEDUCATION

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin généraliste impliqué dans la surveillance prévue à la convention:

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin spécialiste référent impliqué dans la surveillance prévue à la convention

Nom, prénom, adresse, numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet), avec signature et date, du médecin prescripteur de l'établissement, qui déclare que le bénéficiaire satisfait à toutes les conditions prévues à la convention, en vue d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour l'AVD demandée.