

DIRECTIVES :

1. Demandez à votre médecin de remplir le présent formulaire.
2. Annexez le formulaire ainsi que tous les reçus ou les estimations à votre demande de règlement. Conservez des copies de tous les documents dans vos dossiers.
3. Veuillez soumettre votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué sur votre formulaire de demande de règlement.
4. **Pour les résidents de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario :** Vous devez présenter une demande auprès de votre régime d'assurance provincial avant de soumettre une demande de règlement ou une estimation à la Canada Vie.

Nom du patient :	Date de la recommandation :
------------------	-----------------------------

1. **S'agit-il d'un premier appareil?** Premier (passez à la Section 1)
2. **S'il s'agit d'un appareil de remplacement, répondez aux questions a, b, c et d ci-dessous.**
 - a. Quel était l'appareil précédent du patient? CPAP APAP BPAP VPAP VSA (appareil de ventilation SERVO adaptative)
 - b. Quand le patient a-t-il eu son appareil précédent? _____ (mm) / _____ (aaaa)
 - c. Quel est le nouvel appareil du patient? CPAP APAP BPAP VPAP VSA (appareil de ventilation SERVO adaptative)
 - d. Veuillez indiquer pour quelles raisons le patient a besoin d'un nouvel appareil et pourquoi il change de type d'appareil (p. ex. un appareil BPAP à la place d'un appareil CPAP)

Section 1 : Demande d'un premier appareil PAP (tous les types)

1. **Quel type d'appareil prescrivez-vous à votre patient?** CPAP APAP BPAP VPAP VSA
2. **À quel type d'étude du sommeil votre patient s'est-il soumis?**
 Niveau 1 (laboratoire) Niveau 3 (à domicile) Autre : _____ (précisez)
***** Veuillez joindre une copie du rapport de diagnostic et de tout titrage.**
3. **Quel diagnostic l'étude du sommeil a-t-elle permis de poser? (cochez une réponse)**
 AOS légère AOS modérée/grave Autre : _____ (précisez)
4. Pour l'AOS légère, veuillez indiquer si le patient :
 a d'autres maladies/comorbidités. Précisez : _____
 occupe un poste critique pour la sécurité? Précisez : _____

Section 2 : Demande pour un premier appareil BPAP/VPAP/VSA seulement (veuillez fournir les renseignements médicaux et les résultats de tests qui appuient les éléments cochés)**

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et fournir les renseignements médicaux et les résultats de tests qui appuient les éléments cochés :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypoxémie nocturne SaO ₂ < 88 % (CPAP fournissant un niveau de 15 cmH ₂ O ou plus)
<input type="checkbox"/> Hypercapnie nocturne (CPAP fournissant un niveau de 15 cmH ₂ O ou plus)
<input type="checkbox"/> Indice d'apnée/hypopnée > 10 (CPAP fournissant un niveau de 15 cmH ₂ O ou plus)
<input type="checkbox"/> Syndrome obésité-hypoventilation
<input type="checkbox"/> Troubles respiratoires du sommeil provoqués par la consommation d'opioïdes
<input type="checkbox"/> Respiration de Cheyne-Stokes
<input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire ou maladie de la paroi thoracique affectant la respiration. Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Nécessite une pression de 15 cmH ₂ O ou plus
<input type="checkbox"/> Ne tolère aucun niveau d'appareil CPAP malgré un essai adéquat
<input type="checkbox"/> Continue de présenter des symptômes malgré l'essai d'un appareil CPAP (score d'Epworth : _____)
<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire hypercapnique chronique
<input type="checkbox"/> Apnée centrale du sommeil/mixte |
|---|---|

Formulaire rempli par :

- J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets.

 Nom du médecin orienteur, numéro d'inscription et titre (en caractères d'imprimerie)

 Signature du médecin Numéro de téléphone :

Questions ; 1 800 957-9777 (sans frais)
www.canadavie.com