Inspiration Medic

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

www.inspirationmedic.com

Nom : _____
Nom de famille Prénom

Date de naissance : _____ N°de carte Santé : _____
JJ / MMM / AAAA Code de version

Adresse : _____
Code postal

Ville : _____ Courriel: _____
Province

N° de téléphone : _____
domicile cellulaire travail

Autre personne-ressource : _____
Nom N° de téléphone ou courriel

MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ : ☐ Téléphone ☐ Courriel ☐ Jour ☐ Soir ☐ Aucune préférence

Assurance privée : _____
Nom de l'assureur Employeur N° de régime N° d'identification

Assurance secondaire : _____

AUTRE MODE DE FINANCEMENT : ☐ OW (Ontario Works) ☐ ODSP ☐ ACC ☐ GRC ☐ NIHB ☐ Aucun

SYMPTÔMES

- ☐ RONFLEMENTS
- ☐ SOMMEIL AGITÉ
- ☐ GASP OU SUFFOCATION
- ☐ APNÉE OBSERVÉE
- ☐ FATIGUE
- ☐ BESOIN D'UNE SIESTE
- ☐ MAUX DE TÊTE LE MATIN
- ☐ AMNÉSIE
- ☐ IRRITABILITÉ (IMPATIENCE)
- ☐ INSOMNIE

Taille : _____

Poids : _____

PATHOLOGIES ASSOCIÉES

- ☐ HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- ☐ DOULEUR CHRONIQUE
- ☐ DÉPRESSION ou ANXIÉTÉ
- ☐ DIABÈTE
- ☐ CARDIOPATHIE
- ☐ TROUBLES THYROÏDIENS
- ☐ REFLUX ACIDE
- ☐ CONGESTION NASALE
- ☐ DÉVIATION DE LA CLOISON NASALE
- ☐ ALLERGIES SAISONNIÈRES
- ☐ MIGRAINES
- ☐ MOUVEMENT INVOLONTAIRE DES MEMBRES
- ☐ PROTHÈSES DENTAIRES ou PROTÈGE-DENTS

STRUCTURE DU SOMMEIL

Heure de coucher : _____

Heure de réveil : _____

Temps d'endormissement : _____

Position: ☐ coté ☐ dos ☐ ventre

Nombre d'oreillers : _____

Nombre d'allers-retours à la salle de bains pendant la nuit : _____

Fumez-vous ? O ☐ N ☐

Prise de somnifères O ☐ N ☐

Pourquoi avez-vous choisi Inspiration Medic ?

_____

Avez-vous déjà acheté un appareil?

Date : _____

Fournisseur : _____

N°de série : _____

À REMPLIR PAR LA CLINICIENNE OU LE CLINICIEN

VÉRIFICATION DU N° DE CARTE SANTÉ ☐

LABORATOIRE DE SOMMEIL : _____

PRESCRIPTION ORIGINALE : _____

SPÉCIALISTE DU SOMMEIL : _____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS : _____

Feuille de renseignements destinée à l'auteur de la demande Équipement et fournitures respiratoires

Quels types d'équipement et de fournitures respiratoires sont couverts par le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)?

- Moniteurs d'apnée/cardiorespiratoires
- Compresseurs pour médicaments (portables et fixes)
- Compresseurs d'air à grand débit
- Percuteurs et tables inclinables pour le drainage postural
- Appareils de succion et fournitures connexes
- Canules à trachéotomie et fournitures connexes
- Appareils de réanimation
- Systèmes de ventilation en pression positive continue
- Appareils de pression positive automatique
- Systèmes de ventilation en pression positive à deux niveaux
- Respirateurs et fournitures connexes
- Moniteurs de saturation en oxygène

Les moniteurs d'apnée/cardiorespiratoires et les moniteurs de saturation en oxygène ne sont couverts que pour les nourrissons qui répondent à des critères médicaux précis.

Qui peut faire une demande?

Toute personne qui réside en permanence en Ontario qui est titulaire d'une carte Santé valide émise à son nom et qui souffre d'une maladie ou d'une dysfonction respiratoire qui l'oblige à utiliser de l'équipement et des fournitures respiratoires.

Le PAAF ne fournit pas de financement aux personnes admissibles à une aide de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou aux personnes qui reçoivent une pension pour leur affection des Anciens Combattants Canada – Groupe A.

Le PAAF ne fournit pas de financement aux patients d'un hôpital de soins actifs ou de soins pour malades chroniques.

Comment dois-je faire une demande?

Un médecin autorisé à pratiquer en Ontario, de préférence un médecin spécialisé en maladies respiratoires, doit d'abord vous examiner. Ce médecin établira si vous avez besoin d'équipement et de fournitures respiratoires.

Pour une demande concernant un **appareil de ventilation en pression positive,** un médecin qui travaille dans une clinique du sommeil inscrite au PAAF doit vous examiner.

Un *formulaire de demande de financement d'équipement et de fournitures respiratoires* doit être présenté en votre nom.

Vous pouvez obtenir le formulaire de votre médecin ou d'un fournisseur inscrit au PAAF ou en téléphonant au personnel du PAAF. Il doit être rempli et signé par vous ou une personne autorisée à agir en votre nom, par le médecin prescripteur et par le fournisseur inscrit au PAAF.

Quels sont les critères auxquels je dois satisfaire?

L'admissibilité à de l'aide financière du PAAF est régie par des critères médicaux établis et elle varie selon les appareils. Vous devriez vous renseigner sur ces critères auprès de votre médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié.

Qui peut signer mon formulaire de demande?

Vous devez signer le formulaire de demande. Si vous n'êtes pas en mesure de signer le formulaire, une personne qui a l'autorisation légale d'agir en votre nom peut signer pour vous. Il peut s'agir de votre conjoint ou conjointe, d'un parent, d'un fils ou d'une fille, d'une personne qui détient une procuration ou d'un curateur public.

Que se passe-t-il ensuite?

Une fois votre demande reçue, si elle a été bien remplie, cela devrait prendre environ six semaines pour que le personnel du PAAF l'examine. Si votre demande de financement du PAAF n'est pas approuvée, votre médecin en sera avisé par la poste. Si votre demande est approuvée, le personnel du PAAF avisera votre fournisseur.

 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011

Quel montant le PAAF m'accordera-t-il pour mon équipement respiratoire?

Le PAAF finance 75 % de l'équipement respiratoire approuvé, dont ce qui suit :

- Compresseurs pour médicaments
- Compresseurs d'air à grand débit
- Percuteurs et tables inclinables pour le drainage postural
- Appareils de succion
- Appareils de réanimation
- Systèmes de ventilation en pression positive continue et appareils de pression positive automatique

Si vous recevez des prestations du programme Ontario au travail (OT), du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) ou du programme Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG), le PAAF pourrait payer jusqu'à 100 % du montant approuvé.

Le PAAF paie 75 % du coût d'achat des **systèmes de ventilation en pression positive à deux niveaux** jusqu'à concurrence du montant maximal admissible. Si vous recevez des prestations du programme OT, du POSPH ou du programme AEHG, le PAAF pourrait payer jusqu'à 100 % du montant admissible.

Le PAAF paie 75 % du coût de location mensuel approuvé des **moniteurs d'apnée/cardiorespiratoires**. Ces moniteurs sont destinés aux nourrissons exposés au syndrome de mort subite du nourrisson et leur location peut être financée pendant un maximum de six mois. Au-delà de six mois, leur location n'est pas financée.

Les respirateurs et les moniteurs de saturation en oxygène sont admissibles au PAAF, mais vous devez emprunter cet équipement du **Parc d'appareils de ventilation (PAV)**. Pour obtenir plus d'informations, appelez le PAV au 1 800 633-8977.

Le PAAF paiera-t-il 100 % du coût de mon équipement?

Pas nécessairement. Vous devez payer vous-même au fournisseur toute option non financée par le PAAF que vous choisissez d'acheter avec votre équipement. Informez-vous auprès de votre fournisseur pour savoir quel pourcentage du coût total vous devrez payer.

Comment dois-je me procurer mon équipement respiratoire?

Vous devez acheter votre équipement respiratoire d'un fournisseur inscrit au PAAF. Vous pouvez choisir tout fournisseur de votre collectivité inscrit au PAAF.

Composez le 1 800 268-6021 ou le 416 327-8804 pour obtenir la liste des fournisseurs de votre collectivité. Nous vous conseillons de vous renseigner auprès des fournisseurs inscrits au PAAF, car les services qu'ils offrent peuvent varier.

Quel montant le PAAF m'accordera-t-il pour des fournitures respiratoires?

Vous recevrez un montant annuel réparti sur quatre versements égaux pour l'achat de fournitures de respirateurs, d'appareils à succion et de canules de trachéotomie. Le montant de l'aide financière varie selon le type de fournitures.

Comment dois-je me procurer mes fournitures respiratoires?

Vous pouvez acheter vos fournitures respiratoires d'un fournisseur qui vend ces produits, qu'il soit ou non inscrit au PAAF.

Vous êtes tenu de conserver les originaux de vos reçus pour les fournitures achetées à l'aide de la subvention annuelle. Vous devez les conserver pendant deux ans.

Est-ce que je dois renouveler ma demande d'aide financière pour des fournitures respiratoires?

Une demande d'aide financière pour des fournitures respiratoires doit être renouvelée tous les deux ans. Un formulaire de renouvellement vous sera posté avant la fin de votre période d'aide financière de deux ans. Vous devez remplir ce formulaire afin de confirmer votre besoin de fournitures et le retourner au PAAF. Une fois ce formulaire envoyé au PAAF, vous continuerez de recevoir vos paiements.

Comment savoir quel équipement ou quelles fournitures respiratoires me procurer?

Votre médecin peut vous recommander à un professionnel de la santé tel qu'un praticien de la santé dispensant des soins respiratoires, une infirmière autorisée ou une physiothérapeute autorisé. Le professionnel de la santé doit être autorisé à pratiquer en Ontario. Ils peuvent vous recommander l'équipement respiratoire qui vous convient le mieux.

Vous pouvez apporter le formulaire de demande directement à un fournisseur d'équipement respiratoire inscrit au PAAF. Les fournisseurs inscrits disposent de personnel pour vous aider à choisir l'équipement qui répond le mieux à vos besoins.

Si vous avez besoin d'un **appareil de ventilation en pression positive**, le médecin de votre clinique du sommeil ou une autre personne qui y travaille peut vous aider à choisir l'équipement qui répond le mieux à vos besoins.

Qui dois-je appeler si j'ai des problèmes avec mon équipement?

Si vous éprouvez des problèmes avec votre équipement, communiquez avec votre fournisseur inscrit au PAAF.

Le PAAF paie-t-il les réparations?

Le PAAF ne paie pas les réparations ou l'entretien. En tant que propriétaire de l'appareil, vous êtes responsable de son entretien.

Qu'arrive-t-il si je dois faire remplacer mon équipement?

Le PAAF vous fournira de l'aide financière pour remplacer votre équipement à la fin d'une période donnée s'il ne fonctionne pas bien ou que la garantie est échue.

Qu'arrive-t-il si j'achète mon équipement avant que le médecin ne signe le formulaire de demande?

Le PAAF paiera uniquement le montant approuvé si l'équipement est acheté à la date à laquelle le médecin a signé le formulaire de demande ou après cette date. Si vous demandez à votre fournisseur de commander votre équipement avant cette date, vous devrez payer le plein montant au fournisseur.

Que se passe-t-il si je ne suis pas admissible à une aide financière du PAAF?

Si vous avez besoin d'équipement et de fournitures respiratoires, mais que vous n'êtes pas admissible à une aide financière, il est possible que votre compagnie d'assurances vous rembourse les coûts. Renseignez-vous auprès de votre compagnie d'assurances pour savoir si elle paie cet équipement.

Et si j'ai d'autres questions au sujet du PAAF?

Écrivez ou téléphonez au :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Programme d'appareils et accessoires fonctionnels
5700, rue Yonge, 7e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone	416 327-8804
Sans frais	1 800 268-6021
ATS	416 327-4282
ATS sans frais	1 800 387-5559
Télécopieur	416 327-8192

OU

visitez notre site Web au : www.health.gov.on.ca

Inspiration Medic

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – POUR LE TRAITEMENT, DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ, RESPONSABILITÉ DU CLIENT ET RECUEILLEMENT, UTILISATION ET DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Consentement au traitement: Je, volontairement, accepte les dits soins, incluant les procédures diagnostiques et/ou traitements médicaux prescrits par le Dr _____, effectués par les agents autorisés et employés d'Inspiration Medic Inc., le personnel clinique et leurs désignés, qui, selon leurs jugements professionnels, sont nécessaires et avantageux. Je reconnais qu'il n'y a aucune garantie du succès du traitement sur mon état de santé ou celui de la personne pour laquelle j'ai l'autorisation de signer. Je reconnais que j'ai le droit de prendre des décisions concernant ma santé ou celle de la personne pour laquelle j'ai la permission légale de prendre de telles décisions, incluant celui de refuser un traitement médical. Les services diagnostiques et thérapeutiques prescrits sont:

_____

Permission de recueillir et de divulguer des informations et permission de me contacter: Inspiration Medic m'a informé du besoin de recueillir, d'utiliser, et de classer mes renseignements personnels et pertinents pour les services de mes soins de santé. De plus, ces renseignements permettront que l'on me contacte afin de me fournir les services et produits: _____ . Je permets à Inspiration Medic de divulguer tous renseignements pertinents aux professionnels de la santé qui ont besoin de ces données afin de me fournir les soins nécessaires et afin d'obtenir le remboursement d'agences tels que le ministère de la santé et _____.

Consentement à la télésuveillance par modem _____ ou par carte mémoire _____. L'information est emmagasinée sur un serveur qui réside aux États-Unis, "EncoreAnywhere" – si applicable.

Dégagement de responsabilité: Je reconnais que j'utilise l'équipement à mes propres risques et périls et dégage Inspiration Medic de toutes responsabilités de dommages ou pertes de n'importe qu'elle nature qui pourraient survenir de la location ou de l'achat ou de l'utilisation de ces équipements.

Je reconnais que j'ai reçu les renseignements concernant la nature de la thérapie, de la raison d'être, des bénéfices, des risques et des effets secondaires de/du _____ et les conséquences relatives à la discontinuation du traitement. Je reconnais avoir reçu la formation sur cette thérapie, son utilisation sécuritaire – gas et/ou équipement- et toutes les explications des services offerts par Inspiration Medic.

Responsabilité financière: Je reconnais être entièrement responsable des paiements de toutes sommes encourues que je devrai à Inspiration Medic.

Responsabilité du client: J'accepte l'entière responsabilité des bons soins à apporter à l'équipement loué ou prêté par Inspiration Medic. Si les équipements sont perdus, volés ou endommagés pendant que j'en suis responsable, je devrai rembourser Inspiraton Medic la totalité du coût de la réparation ou du remplacement de ces équipements – si applicable.

Je reconnais pouvoir en tout temps retirer mon consentement et la permission de me contacter. Je ferai valoir ce droit en avisant par écrit Inspiration Medic de mes intentions.

J'AI REÇU UNE COPIE DU FORMULAIRE "D'APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS" ET UNE COPIE DE CE CONSENTEMENT QUE J'AI LUE, COMPRISE ET SIGNÉE à (Ottawa)

_____ le (date) _____

_____

Signature du client ou du désigné et lien au client NOM IMPRIMÉ

_____

Signature du témoin