

ANNEXE 1 A LA CONVENTION DE REEDUCATION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL PAR nCPAP

Rapport médical joint à une demande d'intervention pour des patients à partir de l'âge de 16 ans.

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

Numéro d'identification : 7.

Entité fonctionnelle à l'intérieur du site de l'hôpital (fusionné)

Adresse du site de l'hôpital (fusionné)

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom + Prénom :

Sexe : M - F

Rue + numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance:

Organisme assureur :

EN CAS DE 1^{ère} DEMANDE D'INTERVENTION

BMI =Kg/m²

1^{ière} PSG diagnostique (cf. protocole en annexe)

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) =h.....min.

IAH¹ =.....

Arl² =.....

2^{ème} PSG (cf. protocole en annexe)

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) =h.....min.

IAH¹ =.....

Arl² =.....

Période d'intervention demandée :

De (jj-mm-aaaa) - -jusque et y compris (jj-mm-aaaa)- -

EN CAS DE DEMANDE DE PROLONGATION DE L'INTERVENTION

BMI =Kg/m²

¹ Nombre moyen d'apnées + hypopnées par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Le nombre à mentionner résulte de la moyenne de la polysomnographie complète, donc sur la nuit entière (cf. article 5 de la convention). Ceci est également valable pour la 2^{ème} PSG.

² Nombre moyen d'arousals par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Le nombre à mentionner résulte de la moyenne de la polysomnographie complète, donc sur la nuit entière (cf. article 5 de la convention). Ceci est également valable pour la 2^{ème} PSG.

Observance

Nombre total de nuits au cours de la période de référence³ de (début de la période, jj-mm-aaaa)
-.....-..... à (date de fin, jj-mm-aaaa)-.....-..... =nuits
 Nombre total d'heures d'emploi au cours de la période de référence
 (= nombre d'heures sous nCPAP) =heures
 Nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit⁴ =heures

Pour une prolongation du traitement à domicile par nCPAP, une nouvelle PSG n'est généralement plus nécessaire. Si une nouvelle PSG est quand même réalisée, veuillez mentionner les données suivantes :

Motifs justifiant la nouvelle PSG

Résultats de cette PSG (cf. protocole en annexe) :

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) =h.....min.
 IAH¹ =
 Ari² =.....

Période d'intervention demandée⁴ :

De (jj-mm-aaaa) -..... -.....jusque et y compris (jj-mm-aaaa)-..... -.....

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, numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet), avec signature et date, du médecin prescripteur de l'établissement, qui déclare que le bénéficiaire satisfait (continue à satisfaire) à toutes les conditions prévues à la convention, en vue d'une (prolongation de l') intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le traitement par nCPAP demandé et qui confirme que les conseils en matière d'hygiène du sommeil ont été prodigués au bénéficiaire.

³ La période de référence pour laquelle le nombre total et le nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit sont demandés, doit concerner une période de minimum 2 mois et de maximum 18 mois (à préciser, cf. les dates de début et de fin demandées).

⁴ Si la moyenne d'utilisation de l'appareil nCPAP par le patient durant la période de référence est d'au moins 3 heures par nuit, une prolongation d'un an peut être accordée; si la moyenne d'utilisation de l'appareil nCPAP par le patient durant la période de référence est inférieure à 3 heures par nuit, seule une prolongation réduite de 3 mois peut être accordée, ce qui donne au patient le temps de prouver qu'il/elle suit correctement son traitement. Une telle prolongation réduite de 3 mois ne peut se produire deux fois de suite.