

# ANNEXE 1 A LA CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU SYNDROME D'OBSESITE HYPOVENTILATION

Rapport médical joint à une demande d'intervention.

## 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<sup>ère</sup> DEMANDE D'INTERVENTION

Le bénéficiaire présente un syndrome d'obésité-hypoventilation

Le bénéficiaire

- A déjà été guidé pour des mesures d'hygiène de vie et d'exercice physique par<sup>1</sup>:
  - du (jj-mm-aaaa) au (jj-mm-aaaa)
- et a déjà suivi un régime accompagné par
  - du (jj-mm-aaaa) au (jj-mm-aaaa)
- présente un BMI de.....kg/m<sup>2</sup>
- présente un AHI de .....par h de sommeil
- présente un FEV<sub>1</sub>/FVC de .....
- A déjà été hospitalisé au moins une fois pour un épisode d'insuffisance respiratoire du (jj.mm.aaaa) au (jj.mm.aaaa)

<b>Gazométrie sans BiPAP<sup>2</sup></b>			
<b>soit</b>	<b>lors d'une</b>	<b>1<sup>ère</sup> mesure</b>	<b>2<sup>ème</sup> mesure</b>
	Effectuée le		
	PaCO <sub>2</sub> diurne =	..... mmHg	..... mmHg
<b>soit</b>	<b>lors d'une</b>	<b>1<sup>ère</sup> PSG<sup>3</sup></b>	<b>2<sup>ème</sup> PSG<sup>3</sup></b>
	Effectuée le		
	PaCO <sub>2</sub>	.....mmHg	.....mmHg
	h & min de sommeil effectif =	..... h .....min (= a)	..... h .....min (= a)
	h & min au tot. SpO <sub>2</sub> ≥ 50 mmHg	..... h .....min	..... h .....min
	=		
	ou h & min au tot. SpO <sub>2</sub> = ≤ 90%	..... h .....min (=...% de	..... h .....min (=...% de
	=	a)	a)

<b>Gazométrie PSG sous BiPAP</b>
Effectuée le

<sup>1</sup> Mentionnez nom et qualification de la personne ou instance

<sup>2</sup> Toujours obligatoire lors de la première demande d'AVD, mais plus lors d'une prolongation de l'AVD dans la même catégorie

<sup>3</sup> Les tracés sont conservés au dossier du bénéficiaire

h & min de sommeil effectif =	..... h .....min (= a)
h & min au tot. SpO <sub>2</sub> ≥ 50 mmHg	..... h .....min
=	
ou h & min au tot. SpO <sub>2</sub> = ≤ 90%	..... h .....min (=...% de a)
=	

Gazométrie sous AVD à l'essai :

PaCO<sub>2</sub> diurne = .....mmHg

ou

PCO<sub>2</sub> nocturne continue transcutanée = entre .....mm Hg et .....mm Hg

SpO<sub>2</sub> nocturne continue transcutanée = entre .....% et .....%

Période d'intervention demandée :

Du (jj-mm-aaaa) ... -... -.....jusques et y compris (jj-mm-aaaa) ...-... -.....

**EN CAS D'UNE DEMANDE DE PROLONGATION DE L'INTERVENTION POUR LE TRAITEMENT DU SOH PAR BiPAP.**

De la quantième prolongation s'agit-il: .....

Période d'intervention demandée :

Du (jj-mm-aaaa) ... -... -.....jusques et y compris (jj-mm-aaaa) ...-... -.....

BMI = .....Kg/m<sup>2</sup>

(en cas d'amaigrissement jusqu'à un BMI < 35 kg/m<sup>2</sup> l'exécution d'un nouveau bilan diagnostique – y compris une polysomnographie – s'impose afin de vérifier si une AVD est encore indiquée; les résultats sont ajoutés dans la rubrique ci-dessus)

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

SpO<sub>2</sub> diurne = .....%

PCO<sub>2</sub> diurne = .....mm Hg

PO<sub>2</sub> diurne = .....mm Hg

Description succincte des buts atteints lors de la période écoulée :

Lors de chaque prolongation suivante :

Facultatif : mentionner au moins 1 valeur d'une mesure récente:

SpO<sub>2</sub> diurne = .....%

PCO<sub>2</sub> diurne = .....mm Hg

PO<sub>2</sub> diurne = .....mm Hg

Description succincte des buts atteints lors de la période écoulée et, en cas d'absence d'une mesure récente d'une de ces valeurs, mentionner aussi explicitement le motif :

**EN CAS D'UNE DEMANDE DE PROLONGATION DE L'INTERVENTION POUR UNE AUTRE FORME D'AVD INSTAUREE AVANT LE 01/01/2008 SELON LES MODALITES DE LA CONVENTION DE L'EPOQUE**

Période d'intervention demandée :

Du (jj-mm-aaaa) ... -... -.....jusques et y compris (jj-mm-aaaa) ....-... -.....

Prestation AVD continue par pression positive

Description succincte des buts atteints lors de la période écoulée. Si une nouvelle mesure (non obligatoire) des valeurs de la gazométrie est intervenue récemment, les résultats doivent en être mentionnés ci-après

Valeurs de la gazométrie <sup>2</sup>		
	Sous AVD	< 1 h après l'AVD
SpO <sub>2</sub>	..... %	..... %
ou		
PCO <sub>2</sub>	..... mmHg	..... mmHg

Prestations AVD discontinuée et AVD nocturne

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

SpO<sub>2</sub> de jour = .....%

PCO<sub>2</sub> de jour = .....mm Hg

PO<sub>2</sub> 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

SpO<sub>2</sub> de jour = .....%

PCO<sub>2</sub> de jour = .....mm Hg

PO<sub>2</sub> 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

<sup>2</sup> Toujours obligatoire lors de la première demande d'AVD, mais plus lors d'une prolongation de l'AVD dans la même catégorie

### Prestation 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 H<sub>2</sub>O

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 H<sub>2</sub>O

et

avec un débit expiratoire maximal = L/min

### Prestation 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

### RESEAU DE REEDUCATION.

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

- Nom, prénom, numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin spécialiste référent impliqué dans la surveillance prévue par 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 (continue) satisfait à toutes les conditions prévues à la convention, en vue d'une (prolongation de) intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le traitement par BiPAP demandé.**