**ANNEXE 14 : Demande d’intervention pour un traitement nCPAP pour un patient de MOINS DE 16 ans – rapport médical**

**Identification du Centre**

Numéro d’identification : 7.85.

Nom de l’hôpital + nom du site :

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Numéro de téléphone :

**Identification du patient**

Nom + prénom : Sexe : F-M

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance :

Organisme assureur :

**Nature de la demande**

0 Première demande pour nCPAP

0 Demande de prolongation pour nCPAP

0 Demande pour la reprise du traitement nCPAP après une interruption d’au moins 3 mois et d’un an au maximum

0 Demande pour la reprise du traitement nCPAP après une interruption de plus d’un an

Période d’intervention demandée :

Du (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. inclus.

**EN CAS DE 1ere DEMANDE D’INTERVENTION ou d’une demande de reprise du traitement après une interruption de plus d’un an**

|  |
| --- |
| En cas de premiere demande d’interventionAdénotonsillectomie antérieure ou autre traitement SAOS ?0 Oui 0 NonMotivation si pas d’adénotonsillectomie antérieure ou autre traitement SAOS :EN CAS DE DEMANDE DE REPRISE DU TRAITEMENT : Motivation qui fait que l’indication pour le nCPAP existe encore : |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG (ou, dans le cas d’un PG ou PGD, pendant la durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) |  |
|  | **1ière PSG** (PSG du diagnostic)  | **2ième PSG** (PSG de titration) **of**  | **PG ou PGD** afin de démontrer l’efficience du traitement nCPAP- |  |
|  | Date : JJ/MM/AAAA= / /  | Date : JJ/MM/AAAA= / /  | Date : JJ/MM/AAAA= / /  |  |
| Apnées obstructives |  |  |  | = A |
| Apnées mixtes |  |  |  | = B |
| Apnées centrales |  |  |  | = C |
| Hypopnées obstructives |  |  |  | = D |
| Hypopnées centrales |  |  |  | = E |
| **Autres données** |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | minutes | minutes | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | minutes | minutes | Pas d’application | = G |
| **Indices** |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 =  | IAHO1 = | IAHO3 =  |  |
| **ou** IAO2 =  | **ou** IAO2 =  | **ou** IAO4 = |  |
| ODI ≥ 3 % | ODI =  | ODI = | ODI =  |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60 2IAO =[ (A + B) / G ] X 60* 3IAHO = [ (A + B + D) / F ] X 60 4IAO =[ (A + B) / F ] X 60

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

*Conformément à la convention, il peut s’agir dans certains cas d’une ancienne PSG.*

[ ]  Dans le cas où il s’agit d’une demande d’intervention pour un patient qui n’entrait pas en ligne de compte pour un traitement nCPAP pour un an en raison de l’observance thérapeutique défaillante, le médecin prescripteur doit, dans une note qui doit être jointe en annexe à la présente demande, préciser les raisons pour lesquelles il est convaincu que le patient satisfera maintenant à la condition relative à l’observance thérapeutique.

**EN CAS DE DEMANDE DE PROLONGATION DE L’INTERVENTION**

*(également d’application si le patient reprend le traitement après une interruption de maximum 1 an)*

Motivation qui fait que l’indication pour le nCPAP existe encore ?

Observance thérapeutique

Période d’enregistrement du (date de début, jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (date de fin, jj/mm/aaaa) ……../……../…….. = …….. nuits

Valeur du compteur « masque sous pression » à la date de début = ………………………

Valeur du compteur « masque sous pression » à la date de fin = ………………………

Nombre d’heures total d’utilisation pendant la période d’enregistrement (= nombre d’heures sous nCPAP)  = ………. heures

Nombre moyen d’heures d’utilisation par nuit = …….… heures

*Une impression de l'enregistrement de la mémoire de l'appareil nCPAP est jointe :*

* *après la première période de prise en charge (3 mois)*
* *après la première fois que la prise en charge a été acceptée pour une période de 12 mois, et*
* *après chaque période de prolongation de la prise en charge, d’une durée de 3 mois*

[ ]  Pas de donnée disponible au sujet de l’observance thérapeutique étant donné que le patient n’a plus été traité sous nCPAP pendant minimum 3 mois mais maximum 1 an (et l’assurance n’a pas pris en charge le traitement dans cette période)

Nouvelle PSG, PG ou PGD

*Pour une prolongation du traitement nCPAP, une nouvelle PSG, PG ou PGD n’est généralement pas nécessaire. Si une nouvelle PSG, PG ou PGD est quand même réalisée, veuillez mentionner les données suivantes :*

Motifs justifiant la réalisation d’une nouvelle PSG, PG ou PGD :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG (ou, dans le cas d’un PG ou PGD, pendant la durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) |  |
|  | **PSG**  | **PG ou PGD**  |  |
|  | Date : JJ/MM/AAAA = / /  | Date : JJ/MM/AAAA = / /  |  |
| Apnées obstructives |  |  | = A |
| Apnées mixtes |  |  | = B |
| Apnées centrales |  |  | = C |
| Hypopnées obstructives |  |  | = D |
| Hypopnées centrales |  |  | = E |
| **Autres données** |  |  |  |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | minutes | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | minutes | Pas d’application | = G |
| **Indices** |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 =  | IAHO3 =  |  |
| **ou** IAO2 =  | **ou** IAO4 =  |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO =  | IDO =  |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60 2IAO =[ (A + B) / G ] X 60* 3IAHO = [ (A + B + D) / F ] X 60 4IAO =[ (A + B) / F ] X 60

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

**RESEAU DE TRAITEMENT**

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin généraliste :

- Si d’application : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin spécialiste référent :

|  |
| --- |
| Nom, prénom, numéro d’identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin prescripteur du centre qui confirme que le patient répond à toutes les conditions de la convention et que toutes les conditions de la convention sont respectéesDate : Signature : |