**ANNEXE 15 : Demande d’intervention pour un traitement OAM pour un patient de 18 ans ou plus - 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 une OAM

0 Demande de prolongation pour un traitement OAM

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

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

0 Demande de remplacement d’une OAM par une nouvelle OAM

0 Demande de passer d’un traitement nCPAP à un traitement OAM (la période entre les deux traitements est de 1 an au maximum)

0 Demande de passer d’un traitement nCPAP à un traitement OAM (la période entre les deux traitements est plus longue qu’un 1 an)

Période d’intervention demandée :

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

**pour toutes les DEMANDEs (a l’exception des demandes de prolongation)**

BMI = ……..…Kg/m²

Résultats de la première PSG diagnostique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG |  |
|  | | 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 | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | | minutes | = G |
| **Indices** | | | |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 = | |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO = | |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] 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.*

OAM : type + marque déposée :

* OAM sans marque déposée

|  |
| --- |
| Bon candidat pour un traitement OAM (cf. rapports en annexe du médecin spécialiste en ORL concerné et du spécialiste OAM  concerné)  *(s’il s’agit d’une demande de remplacement d’une OAM par une nouvelle OAM, un rapport du spécialiste OAM concerné suffit ; ce rapport doit également démontrer que le patient était observant)*  Date de la remise de l’OAM au patient (jj/mm/aaaa) :  (*s’il s’agit d’une demande de reprise de traitement OAM après une interruption, il y a lieu de mentionner la date de la remise de l’OAM, uniquement dans le cas où le patient a reçu une nouvelle OAM parce que l’ancienne OAM était usée ou n’était plus adaptée au patient*) |

S’il s’agit d’une demande d’intervention pour un patient qui n’entrait pas en ligne de compte pour un traitement OAM pour un an en raison d’une 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 dans le cas où le patient reprend le traitement après une interruption d’au moins 3 mois et de maximum 1 an)

BMI = ……..…Kg/m²

Confirmation que le patient utilise son OAM en moyenne au moins 4 heures par nuit et qu’il n’y a pas de contre-indication à la poursuite de son traitement OAM (cf. rapport du spécialiste OAM concerné en annexe)

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

Résultats de la PSG, PG ou PGD (effectuée afin de démontrer l’efficience du traitement à la fin de la période de 6 mois de forfaits de départ ; dans d’autres cas, une nouvelle PSG, PG ou PGD est facultative)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 = | IAHO2 = |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO = | IDO = |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60* 2IAHO = [ (A + B + D) / 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.*

Dans le cas d’une PSG, PG ou PGD (facultative) (cf. les résultats ci-dessus) : Motifs justifiant la réalisation d’une nouvelle PSG, PG ou PGD :

**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 respectées  Date : Signature : |