

**RENSEIGNEMENTS POUR LA CONCLUSION D'UNE CONVENTION EN MATIÈRE  
D'OXYGÉNOTHÉRAPIE DE LONGUE DURÉE À DOMICILE EN CAS D'INSUFFISANCE  
RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE**

**NOM ET ADRESSE DE L'HÔPITAL QUI DÉSIRE CONCLURE LA CONVENTION**

**EQUIPE MÉDICALE DE L'HÔPITAL**

<b>MÉDECIN(S) spécialistes en pneumologie (cf. article 5, § 2.)</b>	
<b>cachet avec au moins le nom, le prénom et le n° d'inscription INAMI</b>	<b>Signature</b>

**Votre hôpital désire-t-il également traiter des enfants (âgés de moins de 16 ans) avec de l'oxygénothérapie à domicile ?**

**Oui**        
**Non**

Si oui : mentionnez ci-dessous les données du (des) pédiatre(s) spécialisés en pneumologie et joignez en annexe le curriculum vitae de chaque pédiatre renseigné afin de démontrer sa spécialisation en pneumologie:

PEDIATRE(S) spécialisés en pneumologie (cf. Art.5, § 2.)	
cachet avec au moins le nom, le prénom et le n° d'inscription INAMI	Signature

### ÉQUIPEMENT, SERVICES, MESURES ORGANISATIONNELLES

L'hôpital dispose-t-il de l'équipement nécessaire pour l'exécution de tous les examens suivants : spirométrie, mesure de la capacité de diffusion, étude de la mécanique ventilatoire, détermination des gaz sanguins, mesure et monitoring transcutané de la saturation en oxygène (cf. article 5, § 3.)

Oui   
Non

L'hôpital dispose-t-il en propre (cf. article 5, § 4.)

- De la possibilité de réanimation par respiration contrôlée ou assistée continue. Oui   
Non
- De la possibilité de mesure de la pression de l'artère pulmonaire par cathétérisme cardiaque. Oui   
Non

L'hôpital peut-il consulter (éventuellement via son service des urgences) 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, un médecin spécialiste tel que prévu au § 2 de l'article 5 (*médecin spécialiste en pneumologie pour patients adultes, pédiatre spécialisé en pneumologie pour enfants âgés de moins de 16 ans*) ?

Oui   
Non

Les mesures nécessaires ont-elles été prises, si un incident technique se présente, (panne du matériel) afin de garantir la poursuite de l'oxygénothérapie dans les trois heures après la mention de l'incident?

Oui   
Non

Les accords nécessaires entre les services concernés (pneumologie, éventuellement pédiatrie, pharmacie hospitalière) ont-ils été réglés ?

Oui   
Non

**Comment l'hôpital organisera-t-il l'oxygénothérapie de longue durée à domicile (à son propre compte ou via la collaboration avec un prestataire de services médico-techniques spécialisé; quelles parties de l'oxygénothérapie de longue durée seront sous-traitées et pour quelles parties l'hôpital sera-t-il lui-même responsable, cf. article 6 § 1)?**

## **ESTIMATION DU NOMBRE DE PATIENTS QUI SERONT TRAITÉS PAR OXYGÉNOTHÉRAPIE DE LONGUE DURÉE**

**Votre hôpital suit-il déjà actuellement des patients qui entrent en ligne de compte pour l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ? Combien ? Ces patients sont-ils déjà actuellement traités par oxygénothérapie ? Cela se fait-il via la réglementation de courte durée ou ces patients sont-ils transférés vers d'autres hôpitaux pour un traitement par oxygénothérapie de longue durée à domicile ? Pour quelles modalités d'oxygénothérapie à domicile ces patients entreraient-ils en ligne de compte ?**

**MOTIVATION DE L'HÔPITAL POUR CONCLURE UNE CONVENTION EN MATIÈRE D'OXYGÉNOTHÉRAPIE DE LONGUE DURÉE À DOMICILE**

**COORDONNÉES DES RESPONSABLES DE L'HÔPITAL QUI SIGNERONT LA CONVENTION AU NOM DU POUVOIR ORGANISATEUR DE L'HÔPITAL** *(nom, prénom, et fonction ; la convention doit normalement au moins être signée par un mandataire du pouvoir organisateur, le médecin en chef et un médecin prescripteur spécialiste en pneumologie)*

**Le(s) soussigné(s) déclarent que les données mentionnées dans cette demande sont correctes.**

*(nom, prénom, fonction et signature des signataires de cette demande)*