

**DIRECTIVES :**

1. Demandez à votre médecin de remplir le présent formulaire.
2. Annexez le formulaire ainsi que tous les reçus ou les estimations à votre demande de règlement. Conservez des copies de tous les documents dans vos dossiers.
3. Veuillez soumettre votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué sur votre formulaire de demande de règlement.
4. **Pour les résidents de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario :** Vous devez présenter une demande auprès de votre régime d'assurance provincial avant de soumettre une demande de règlement ou une estimation à la.

Nom du patient	Date de la recommandation
----------------	---------------------------

**Section 1 : Remplir pour tous les appareils de pression positive**

1. De quel type d'appareil le patient a-t-il besoin?     Appareil CPAP             APAP             Appareil BPAP

---

2. De quel type de demande s'agit-il?     Premier appareil             Appareil de remplacement (**Passez à la section 4**)

---

3. Quel type d'étude sur le sommeil le participant a-t-il effectué?
   
 Niveau 1 – examen en laboratoire             Niveau 3 – examen à domicile             Autre : \_\_\_\_\_
   
**Veuillez joindre une copie des résultats de l'étude du sommeil.**

---

4. Quel diagnostic l'étude sur le sommeil a-t-elle permis de poser?
   
 AOS légère             AOS modérée             AOS grave
   
 Si une **étude sur le sommeil de niveau 3** a été effectuée, de quelle façon la pression optimale a-t-elle été déterminée pour traiter l'apnée du patient?

**Section 2 : Remplir si la demande vise un APAP :**

1. Le patient présente un diagnostic documenté de trouble du sommeil où un changement de pression minimal de 4 cmH<sub>2</sub>O sur une pression positive continue fixe prescrite de 10 cmH<sub>2</sub>O ou plus.             Oui     Non

---

2. Le changement de pression se produit entre le sommeil paradoxal et le sommeil lent ou en décubitus dorsal ou non dorsal.             Oui     Non

**Section 3 : Remplir si la demande vise un appareil BPAP :**

1. Le patient présente un diagnostic documenté d'AOS ainsi que l'une des affections suivantes malgré l'utilisation d'un appareil CPAP fournissant un niveau de 15 cmH<sub>2</sub>O ou plus.
   
 Hypoxémie nocturne (SaO<sub>2</sub> < 88 %)     Hypercapnie nocturne (CO<sub>2</sub> en fin d'expiration)     Indice d'apnée/oligopnée > 10

---

2. L'utilisation d'un appareil CPAP fournissant un niveau de 15 cmH<sub>2</sub>O ou plus permet de corriger les anomalies physiologiques, mais le patient ne supporte pas cette pression.             Oui     Non

---

3. Le patient ne peut supporter aucun niveau de pression de l'appareil CPAP ou il continue à se plaindre de somnolence diurne excessive (score EPWORTH ≥ 10).             Oui     Non

**Section 4 : Remplacement de l'appareil de pression positive**

1. Quel était l'appareil précédent du patient?     Appareil CPAP             APAP             Appareil BPAP

---

2. Depuis quand le patient a-t-il l'appareil de pression positive actuel? \_\_\_\_\_ (mmmm)/ \_\_\_\_\_ (aaaa)

---

3. Veuillez expliquer pourquoi l'appareil doit être remplacé : (son état a changé, il ne peut pas être réparé, etc.)

**Formulaire rempli par :**

Nom du médecin orienteur, numéro d'inscription et titre (en caractères d'imprimerie)

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Questions ; 1 800 957-9777 (sans frais)  
[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)