

**FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE DU PROGRAMME DES SSNA  
ARTICLES D'OXYGÉNOTHÉRAPIE ET APPAREILS ET FOURNITURES D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE**

**Section 1 : Information sur le/ la client(e)**
**Initiale  Renouvellement** 

Nom :		Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)
Prénom :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse :		Ville :
Province / Territoire :		Code Postal :
N° d'identité du client :	N° de bande :	N° de famille :

**Section 2 : Parent/Tuteur légal/ Représentant**

Si le client est âgé de moins d'un an et non-enregistré, veuillez inscrire les informations du parent.

Nom de famille :	Prénom(s) :	Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)
N° d'identité du client :	N° de bande :	N° de famille :

**Section 3 : Information sur le prescripteur (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)**

Nom et profession :		N° de permis/ licence :	
N° de téléphone :		N° de télécopieur :	
Diagnostic :	Complications : <input type="checkbox"/> Cœur pulmonaire	<input type="checkbox"/> Hypertension pulmonaire	<input type="checkbox"/> Polyrythmie secondaire, indiquez % hématoците _____

**Section 4 : Information sur l'état de santé du/ de la client(e)**
**Section 5 : Oxygène seulement**

Les prestations demandées résultent-elles d'une blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :  Où la blessure est-elle survenue? _____ Date de la blessure : _____ Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Accident de véhicule motorisé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>  Les dépenses sont-elles couvertes en tout ou en partie par un autre régime d'assurance santé, fédéral, provincial / territorial, ou privé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Repos	Effort	Sommeil
	Oxygène à faible débit, (1pm)		
	Nombre heures/jour		

**Section 6 : Dosage des gaz artériels ou de l'oxygène. (OXYGÈNE SEULEMENT) Si la PaO2 est supérieure à 55 mm Hg, le test d'oxymétrie signé et daté doit être joint au formulaire. Les SSNA peuvent exiger d'autres tests d'oxymétrie, signés et datés. Les résultats du DGA sont exigés pour l'installation du dispositif d'oxygénothérapie, ainsi que pour les évaluations à trois mois et à un an.**

DGA à l'air ambiant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, indiquez % _____ débit.					Résultats du test d'oxymétrie (SpO2) à l'air ambiant (Les résultats sur papier du test d'oxymétrie signés et datés doivent être joints au formulaire.)		
Date	pH	PaO2 (mmHg)	PaCO2 (mmHg)	SaO2	Repos	Effort	Sommeil
Date :					Date :	Date :	Date :

**Section 7 : Équipements et fournitures demandés**
**DATE DU DÉBUT :**
**DATE DE FIN :**

Description de l'item	Code	Quantité	Coût	Nom du fabricant, N° de code de l'item et type

**Section 8 : Information sur le fournisseur (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)**

Nom et profession :	N° du fournisseur :
N° de téléphone :	N° de télécopieur :
J'atteste que l'information fournie ci haut est exacte et complète. Le Programme des SSNA se réserve le droit de demander ce formulaire en cas de vérification.	
Signature du fournisseur :	Date :

**SC/SSNA - AP révisé novembre 2010**
**Énoncé sur la protection des renseignements personnels**

Santé Canada a également besoin de votre autorisation pour recueillir de l'information auprès de votre fournisseur de services en ce qui concerne les soins qui vous ont été offerts et qui sont payés par le Programme des services de santé non assurés (SSNA). Le Programme des SSNA s'engage à protéger votre vie privée ainsi que les renseignements personnels qu'il a en sa possession. Quand vous présentez une demande de remboursement en vertu du Programme des SSNA, celui-ci recueille, utilise, divulgue et conserve vos renseignements personnels conformément aux lois et aux politiques fédérales applicables sur la protection des renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le code de protection des renseignements personnels du Programme des SSNA, veuillez consulter le site Web de Santé Canada à l'adresse [http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/priv/2005\\_code/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/priv/2005_code/index-fra.php).