



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

Cochez si nécessaire: Client de soins palliatifs OU Date prévue du congé d'un établissement de santé : _____

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

Initiale Renouvellement

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

Section 2: Parent/Tuteur légal/Représentant (Si le client est âgé de 18 mois 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 téléphone : |

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

| | |
|---------------------|---------------------|
| Nom et profession : | N° de licence : |
| N° de téléphone : | N° de télécopieur : |

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--------|---------|
| Diagnostic : | Complications : <input type="checkbox"/> Cœur pulmonaire | <input type="checkbox"/> Hypertension pulmonaire | <input type="checkbox"/> Polycythémie secondaire, indiquez % hémocrite _____ | | |
| Les prestations demandées résultent-elles d'une blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , veuillez répondre aux questions suivantes : | | Ordonnance (oxygène seulement) | Repos | Effort | Sommeil |
| Où la blessure est-elle survenue? Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Accident de véhicule motorisé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | | Date de la blessure : | Oxygène à faible débit, (lpm) | | |
| 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"/> Si oui , veuillez fournir les détails : | | Nombre d'heures/de jours | | | |

Section 5 : Dosage du gaz artériel (DGA) 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 (SpO ₂) à l'air ambiant (Les résultats sur papier du test d'oxymétrie signés et datés doivent être joints au formulaire.) | | |
| Date | pH | PaO ₂ (mmHg) | PaCO ₂ (mmHg) | SaO ₂ | Repos | Effort | Sommeil |
| | | | | | Date : | Date : | Date : |

Section 6 : 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 7 : 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 : |



Énoncé de confidentialité : Les renseignements personnels que vous fournissez au Services aux Autochtones Canada (SAC) sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires à l'administration du Programme des SSNA. La loi autorise la collecte de renseignements à cette fin. Nous avons besoin de ces renseignements pour le règlement et le paiement des demandes de remboursement et aux fins de vérification. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués sans votre consentement, mais seulement conformément au paragraphe 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Pour plus de renseignements : Une description des renseignements personnels recueillis se trouve sur le site Web d'InfoSource, à l'adresse suivante : infosource.gc.ca. En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne le droit de présenter une demande de communication ou de correction de vos renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'AIPRP désigné du SAC, dont vous trouverez les coordonnées à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/atip-airp/coord-fra.asp>. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous croyez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inadéquante.

COORDONNÉES DES BUREAUX RÉGIONAUX DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

| | | |
|--|---|--|
| <p>RÉGION DE L'ATLANTIQUE BUREAU DU NOUVEAU-BRUNSWICK, DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR, DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE ET DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA MARITIME CENTRE 1505, RUE BARRINGTON 15e ÉTAGE, BUREAU 1525 HALIFAX (NOUVELLE-ÉCOSSE) B3J 3Y6 TEL. SANS FRAIS : 1-800-565-3294 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-866-963-7700</p> | <p>RÉGION DU QUÉBEC DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA COMPLEXE GUY-FAVREAU 200, BOUL. RENE-LÉVESQUE Ouest TOUR EST, BUREAU 202 (2e étage) MONTREAL (QUÉBEC) H2Z 1X4 TEL. SANS FRAIS : 1-877-483-1575 TEL. À MONTREAL : 514-283-1575 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-855-244-4470 TÉLÉC. À MONTREAL : 514-283-7762</p> | <p>RÉGION DE L'ONTARIO DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA ÉDIFICE SIR-CHARLES-TUPPER 2720, PROMENADE RIVERSIDE, 4e ÉTAGE INDICE DE L'ADRESSE 6604E OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9 TEL. SANS FRAIS : 1-800-881-3921 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-800-806-6662</p> |
| <p>RÉGION DU MANITOBA DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA ÉDIFICE FÉDÉRAL STANLEY KNOWLES 391, AV. YORK, BUREAU 300 WINNIPEG (MANITOBA) R3C 4W1 TEL. SANS FRAIS : 1-800-665-8507 TEL. À WINNIPEG : 204-983-8886 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-800-289-5899 TÉLÉC. À WINNIPEG : 204-984-3484</p> | <p>RÉGION DE LA SASKATCHEWAN DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS ÉDIFICE ALVIN HAMILTON 8e ÉTAGE, 1783, RUE HAMILTON REGINA (SASKATCHEWAN) S4P 2B6 TEL. SANS FRAIS : 1-800-667 3515 TEL. À REGINA : 306-564-9030 TÉLÉC. : 1-306-780-7741</p> | <p>RÉGION DE L'ALBERTA DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA CANADA PLACE 9700, AV. JASPER, BUREAU 730 EDMONTON (ALBERTA) T5J 4C3 TEL. SANS FRAIS : 1-800-232-7301 TEL. À EDMONTON : 780-495-2694 TÉLÉC. : 1-780-495-3184</p> |
| <p>RÉGION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA 757, RUE WEST HASTINGS, BUREAU 540 VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V6C 3E6 TEL. SANS FRAIS : 1-888-321-5003 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-888-299-9222</p> | <p>RÉGION DU NORD CANADIEN - TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA ÉDIFICE SIR-CHARLES-TUPPER 2720, PROMENADE RIVERSIDE INDICE DE L'ADRESSE 6604C OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9 TEL. SANS FRAIS : 1-888-332-9222 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-800-949-2718</p> | <p>RÉGION DU NORD CANADIEN DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA 300, RUE MAIN, BUREAU 100 WHITEHORSE (YUKON) Y1A 2B5 TEL. SANS FRAIS : 1-866-362-6717 TEL. À WHITEHORSE : 867-393-3800 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-867-667-3999</p> |