

## Politique de développement social des services respiratoires octobre 2016

### Introduction

Le Programme des Services respiratoires aide les clients avec une couverture pour les services respiratoires spécifiques

### Qui est admissible

- Les clients du ministère du Développement social et les personnes à leur charge qui sont titulaires d'une carte d'assistance médicale blanche portant la mention :
  - « supplémentaires » sous la section ADMISSIBILITÉ MÉDICALE DE BASE;
  - OU**
  - « RESP » (services respiratoires) sous la section ADMISSIBILITÉ MÉDICALE ADDITIONNELLE.
- Les clients du ministère du Développement social titulaires d'une carte d'assistance médicale jaune valide portant la mention :
  - « Y » sous OTH, dans la case VALIDE UNIQUEMENT POUR;

**Par conséquent, les clients ne doivent bénéficier d'aucune autre assurance médicale pour être admissibles à des avantages complets.**

### Comment établir la couverture d'une carte d'assistance médicale en vigueur

Couleur de la carte	Groupes de clients	Caractéristiques du numéro d'identification	Indicateurs de la couverture
Blanc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients de l'aide sociale et leurs personnes à charge</li> <li>• Clients possédant la carte d'assistance médicale seulement (personnes bénéficiant d'une aide pour les dépenses médicales uniquement)</li> </ul>	Numéro d'identification comptant 9 chiffres et commence par « 0 »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mention « Supplémentaires » apparaissant dans la case « Admissibilité aux soins de santé de base »</li> <li style="text-align: center;"><b>OU</b></li> <li>• Mention « RESP » (Services respiratoires) apparaissant dans la case « Admissibilité médicale additionnelle »</li> </ul>
Jaune – Type 2	Enfants à besoins spéciaux ou pris en charge par le ministre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 6 » et finissant par « C »</li> <li style="text-align: center;"><b>OU</b></li> <li>• Numéro d'identification pouvant être composé de 2 lettres et de 8 chiffres, commençant par « CW6 »</li> </ul>	Mention « Y » apparaissant sous la section « Autre » dans la case « Valide uniquement pour »
	Adultes demeurant dans des établissements résidentiels (foyers de soins spéciaux et résidences communautaires)	Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 9 » et finissant par « A »	

Jaune – Type 2	Résidents de foyers de soins	Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 8 » et finissant par « R »	Mention « X » apparaissant sous la section « SUPP » dans la case « Valide uniquement pour »
	Clients de la santé mentale	Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 96 » et se terminant « A »	

## Avantages

### ASSISTANCE RESPIRATOIRE

#### DISPOSITIFS D'ESPACEMENT

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aérochambres, optichambres, etc.</li> <li>masques</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le client a reçu une ordonnance de médicament par inhalation afin de traiter son affection respiratoire permanente ou chronique.</li> <li>Le client est incapable de prendre le médicament sans l'aide d'un dispositif d'espacement.</li> <li>Seul le modèle le moins coûteux qui répondra au besoin du client sera couvert.</li> <li>Les dispositifs d'espacement sont éligible tous 5 ans pour les adultes (19+) et tous les 2 ans pour les enfants.</li> </ul>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une copie de la prescription du produit pour inhalation faite par le médecin ou l'infirmière praticienne et précisant l'affection respiratoire à long terme du client.</li> <li>Un devis sur un formulaire électronique ou une facture du Programme de services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournisseurs de services médicaux autorisés au N.-B.</li> <li>Pharmacies autorisées au N.-B.</li> </ul>

#### APPAREILS A AEROSOL

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appareils à aérosol</li> <li>Masques, tubes, et filtres</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le client a reçu une ordonnance de médicament par inhalation afin de traiter son affection respiratoire permanente ou chronique.</li> <li>Le client n'est pas en mesure d'administrer le produit pour inhalation au moyen d'un dispositif d'espacement.</li> <li>Les appareils à aérosol sont éligibles une fois tous les cinq ans.</li> <li>Les approbations pour les fournitures sont valables pour un an seulement mais peuvent être facturé mensuellement</li> <li>Le client a un appareil à aérosols fourni par le programme de services d'assistance médicale.</li> <li>Un montant maximal de 20 \$ par mois est payable.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prescription du médecin ou de l'infirmière qui précise : <ul style="list-style-type: none"> <li>l'affection respiratoire à long terme du client;</li> <li>la raison pour laquelle un dispositif d'espacement ne peut être utilisé pour administrer le médicament.</li> <li>les fournitures et les quantités requises</li> </ul> </li> <li>Un devis sur un formulaire électronique ou une facture du Programme de services de santé</li> </ul>

<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseurs de services médicaux autorisés au N.-B.</li> <li>• Pharmacies autorisées au N.-B.</li> </ul>
---	--

### NEBULISEURS

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nébuliseurs</li> <li>• Filtres</li> <li>• Embout buccal</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a un appareil à aérosols fourni par le programme de services d'assistance médicale.</li> <li>2. Ces fournitures sont admissibles une fois tous les 6 mois.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une indication de la durée du besoin du médecin ou une infirmière praticienne</li> <li>• Un devis sur un formulaire électronique ou une facture du Programme de services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseurs de services médicaux autorisés au N.-B.</li> <li>• Pharmacies autorisées au N.-B.</li> </ul>

### DISPOSITIF D'ASPIRATION

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif d'aspiration</li> <li>• Cathéters d'aspiration</li> <li>• Tubes</li> <li>• Flacons de collecte</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client est atteint d'une affection respiratoire permanente ou chronique, ou d'une incapacité qui affecte sa fonction respiratoire</li> <li>2. Les appareils de succion sont éligibles une fois tous les 5 ans</li> <li>3. Le client possède un appareil de succion fourni par le Programme de services d'assistance médicale.</li> <li>4. Les approbations pour les fournitures sont valables pour un an seulement mais peuvent être facturés mensuellement.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prescription du médecin ou de l'infirmière praticienne précisant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnostic (affection respiratoire ou d'invalidité)</li> <li>○ Fournitures, les quantités et la durée du besoin</li> <li>○ de quelle façon ce matériel remédiera à cette affection ou invalidité.</li> </ul> </li> <li>• Un devis sur un formulaire électronique ou une facture du Programme de services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseurs de services médicaux autorisés au N.-B.</li> <li>• Pharmacies autorisées au N.-B.</li> </ul>

### FOURNITURES DE TRACHEOTOMIE

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canules de trachéotomie (canules intérieures et extérieures, obturateurs, plaque)</li> <li>• Appliqueurs de cotons-tiges stériles, cure-pipes ou brosse de trachéotomie</li> <li>• Eau stérile</li> <li>• Peroxyde d'hydrogène</li> <li>• Pansements</li> <li>• Ruban extra fort</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a subi une trachéotomie.</li> <li>2. Le besoin de fournitures est permanent ou à long terme.</li> </ol>

	3. Les approbations pour les fournitures sont valables pour un an seulement mais peuvent être facturés mensuellement.
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescription du médecin ou de l'infirmière praticienne qui : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ confirme la trachéotomie;</li> <li>○ indique les fournitures et les quantités avec la durée du besoin</li> </ul> </li> <li>• Un devis sur un formulaire électronique ou une facture du Programme de services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseurs de services médicaux autorisés au N.-B.</li> <li>• Pharmacies autorisées au N.-B.</li> <li>• Fournisseurs d'oxygène autorisés au N.-B.</li> </ul>

### AUTRES APPAREILS RESPIRATOIRES

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débitmètre pour débit de pointe</li> <li>• Appareils vibrants pour poitrine</li> <li>• Spiromètre</li> <li>• Recrutement de volume de poumon</li> <li>• Vaporisateurs</li> <li>• Humidificateurs</li> <li>• Déshumidificateurs</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client est atteint d'une affection respiratoire permanente ou chronique, ou d'une incapacité qui affecte sa fonction respiratoire.</li> <li>2. Tous les appareils indiqués sont éligibles une fois par 5 ans</li> <li>3. Les Vaporisateurs, humidificateurs ou déshumidificateurs ne sont pas éligibles pour les résidents des foyers de soins ou des établissements de soins de longue durée.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prescription du médecin ou de l'infirmière qui précise : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'affection respiratoire à long terme du client;</li> <li>○ la durée du besoin</li> <li>○ de quelle façon cet appareil remédiera à cette affection ou invalidité.</li> </ul> </li> <li>• Un devis sur un formulaire électronique ou une facture du Programme de services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseurs de services médicaux autorisés au N.-B.</li> <li>• Pharmacies autorisées au N.-B.</li> </ul>

### OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

#### OXYGÈNE

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessaire de recharge pour oxygène</li> <li>• Concentrateur d'oxygène</li> <li>• Cylindre de réserve</li> <li>• Achat du nécessaire de recharge pour oxygène</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le domicile du client est adapté à l'utilisation du matériel d'oxygène.</li> <li>2. Le client et les autres membres du ménage ont reçu une formation en lien avec cet équipement et sont enclins à observer le plan de traitement prescrit, y compris de participer à un programme de cessation du tabagisme, au besoin.</li> <li>3. On évalue le client afin de savoir s'il satisfait à au moins un des critères physiologiques suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un diagnostic d'hypoxémie confirmé grâce à une étude des gaz sanguins artériels indiquant une PaO<sub>2</sub> inférieure à 55 mm Hg dans l'air ambiant au repos;</li> </ul> </li> </ol>

	<p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>un diagnostic d'hypoxémie confirmé grâce à une étude des gaz sanguins artériels indiquant une PaO<sub>2</sub> entre 56 et 59 mm Hg;</li> </ul> <p style="text-align: center;">et</p> <p>une preuve de cœur pulmonaire, d'hypertension pulmonaire ou de polyglobulie secondaire (hématocrite supérieure à 55 %);</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>confirmation de désaturation nocturne grâce à une polysomnographie ou à une étude d'oxymétrie nocturne indiquant une SpO<sub>2</sub> inférieure à 89 % dans l'air ambiant, au moins plusieurs fois au cours de la nuit. Il faut écarter les troubles du sommeil;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la confirmation de désaturation à l'effort grâce à une étude d'oxymétrie indiquant une SpO<sub>2</sub> inférieure à 89 % dans l'air ambiant pendant les activités courantes de la vie quotidienne.</li> </ul> <p>4. Le client doit faire l'objet d'une réévaluation annuelle (plus ou moins un mois après l'évaluation initiale) afin de confirmer le besoin continu. Un formulaire à jour de demande d'oxygène à domicile doit être soumis afin de renouveler l'approbation, de même qu'une confirmation de compétences concernant les soins, l'entretien et l'utilisation du matériel et le respect de toutes les précautions de sécurité en lien avec l'oxygène.</p> <p>5. Des concentrateurs à débit élevé ne seront fournis que si les débits sont de 5 à 10 litres/minute.</p> <p>6. Le client est âgé de moins de 65 ans.</p>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>

#### SYSTEME DE RECHARGE POUR LA MAISON

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Système de recharge pour la maison</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le client a un concentrateur que lui a fourni le programme d'assistance respiratoire des Services de santé.</li> <li>Le client satisfait aux critères généraux d'admissibilité liés à la portabilité et a eu recours à la portabilité pendant six mois.</li> <li>Le débit du client est inférieur à cinq litres par minute.</li> <li>L'utilisation d'un système de recharge à la maison est l'option la plus rentable qui soit pour assurer une portabilité au client.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La section sur l'autorisation spéciale du remplie <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a> par un inhalothérapeute.</li> <li>Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>

#### OXYGENE LIQUIDE

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remplissages d'oxygène liquide</li> </ul>
--------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socle-support</li> <li>• Cylindres</li> <li>• Fournitures connexes</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a reçu l'approbation pour la couverture de l'oxygène à domicile par le Programme des services d'assistance médicale.</li> <li>2. Le débit du client doit excéder dix litres par minute.</li> <li>3. L'oxygène liquide doit être le moyen le plus rentable de fournir de l'oxygénothérapie au client.</li> <li>4. L'oxygène liquide portatif ne sera envisagé qu'en l'absence d'autres options rentables d'oxygénothérapie pour le client.</li> <li>5. Le client est âgé de moins de 65 ans.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>

### PORTABILITE

<b>Prestations</b>	Portabilité (générale)
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a reçu l'approbation pour la couverture de l'oxygène à domicile par le Programme des services d'assistance médicale.</li> <li>2. Pas plus de 93 heures par mois (trois heures par jour) seront approuvées.</li> <li>3. Les Services de santé assumeront les coûts pour une seule méthode d'oxygénothérapie portative à la fois.</li> <li>4. La méthode d'oxygénothérapie portative doit s'avérer l'option la plus rentable en fonction des besoins du client.</li> <li>5. Le client est âgé de moins de 65 ans.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>

### CYLINDRES D'OXYGENE PORTATIFS

<b>Prestations</b>	Location de <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cylindres</li> <li>• Régulateur</li> <li>• Chariot</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tous les critères généraux relatifs à la portabilité (ci-dessus) ont été satisfaits.</li> <li>2. L'oxygénothérapie portative par cylindre sera restreinte à trois heures par jour.</li> <li>3. Seuls les types de cylindre D et E sont admissibles.</li> </ol> <p><b>EXCEPTION</b> : Les cylindres M6 peuvent être envisagés lorsque les cylindres D ou E ne conviennent pas au client en raison de sa condition médicale. Une explication détaillée doit accompagner la demande.</p>

<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>

#### CONCENTRATEURS D'OXYGENE PORTATIFS

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrateurs d'oxygène portatifs, (location)</li> <li>• piles</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tous les critères généraux relatifs à la portabilité (ci-dessus) ont été satisfaits.</li> <li>2. Le débit du client est inférieur à 6 litres/minute.</li> <li>3. Un concentrateur portatif doit représenter la solution la plus rentable pour répondre aux besoins du client en oxygène en dehors de la maison.</li> <li>4. Le client est âgé de moins de 65 ans.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>

#### APPAREILS DE CONSERVATION D'OCYGENE

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Location d'Appareils de conservation d'oxygène</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tous les critères généraux relatifs à la portabilité (ci-dessus) ont été satisfaits.</li> <li>2. Le client utilise des cylindres pour la portabilité</li> <li>3. Le débit du client est 1 à 6 litres/minute.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>ET</b></p> <p>L'utilisation d'un appareil de conservation d'oxygène diminuera les coûts généraux de l'oxygénothérapie du client</p>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>

#### APPAREILS DE CONSERVATION D'OCYGENE

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat des appareils de conservation d'oxygène dispositifs</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tous les critères généraux relatifs à la portabilité (ci-dessus) ont été satisfaits.</li> <li>2. Le client utilise des cylindres pour la portabilité</li> <li>3. L'utilisation d'un appareil de conservation d'oxygène diminuera les coûts généraux de l'oxygénothérapie du client et augmentera la conformité du client</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel,</li> </ul>

<b>services admissibles</b>	un inhalothérapeute autorisé au N.-B
-----------------------------	--------------------------------------

### SURVEILLANCE RESPIRATOIRE

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat des moniteurs de la saturation en oxygène</li> <li>• Achat des sphygmo-oxymètres</li> <li>• Achat de régulateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• location des moniteurs de saturation d'oxygène sur table</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tous les critères généraux relatifs à la portabilité (ci-dessus) ont été satisfaits.</li> <li>2. Le client présente un besoin médical en lien avec la surveillance fréquente de sa suffisance respiratoire ou circulatoire à long terme. Les détails de ce besoin doivent être fournis.</li> <li>3. Les fournisseurs de soins sont formés pour s'occuper du monitoring de manière adéquate</li> <li>4. On ne permet l'achat que d'un moniteur tous les 5 ans.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tous les critères généraux relatifs à la portabilité (ci-dessus) ont été satisfaits.</li> <li>2. Le client présente un besoin médical en lien avec la surveillance fréquente de sa suffisance respiratoire ou circulatoire à long terme. Les détails de ce besoin doivent être fournis.</li> <li>3. Pour traiter la condition médicale du client, seul un type spécialisé de moniteur de saturation convient. Les détails doivent être fournis.</li> <li>4. Les fournisseurs de soins sont formés pour s'occuper du monitoring de manière adéquate.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande d'oxygène à domicile</a>, dont la section B a été remplie par un médecin.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>	
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs de services d'oxygène accrédités, avec au sein de leur personnel, un inhalothérapeute autorisé au N.-B</li> </ul>	

## VENTILATION SPONTANÉE EN PRESSION POSITIVE CONTINUE (VSPPC)

### ESSAI DE L'APPAREIL DE VSPPC

<b>Prestations</b>	Essai d l'appareil de VSPPC (location de 3 mois)	
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a été évalué grâce à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une étude du sommeil de niveau 1 (polysomnogramme) dans un laboratoire du sommeil certifié;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une étude du sommeil de niveau 3 à domicile.</li> </ul> </li> <li>2. Le diagnostic d'apnée du sommeil obstructive a été confirmé par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un index d'apnée-hypopnée (IAH) supérieur à 15 (nombre par heure);</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un IAH entre 5 et 15 par heure ET la confirmation par le médecin de l'un des troubles suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ somnolence diurne excessive,</li> <li>○ troubles cognitifs,</li> <li>○ troubles de l'humeur,</li> <li>○ hypertension,</li> <li>○ cardiopathie ischémique,</li> <li>○ arythmies cardiaques,</li> <li>○ hypertension pulmonaire,</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ antécédents d'accident vasculaire cérébral.</li> </ul> <p>3. Les coûts de location et de fournitures pour la période d'essai ne seront assumés que si l'appareil de VSPPC n'est pas acheté.</p> <p>4. Un essai est éligible par année</p>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPC</a> rempli par un inhalothérapeute, dont la partie B a été remplie et signée par un médecin.</li> <li>• Un exemplaire du rapport sur l'oxymétrie nocturne ou de l'analyse du sommeil signé par le médecin.</li> <li>• Une copie des données téléchargées de l'appareil pour la durée de l'essai</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux.</li> <li>• cliniques des sommeils accrédités</li> </ul>

### ACHAT DE L'APPAREIL DE VSPPC

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat de l'appareil de VSPPC</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le rapport de conformité confirme que :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. L'appareil a fait l'objet d'un essai pendant 3 mois, à raison de 4 heures par nuit, pendant au moins 21 jours par mois</li> <li style="text-align: center;">ET</li> <li>b. Le client est à l'aise avec l'appareil et observe le traitement</li> </ol> </li> <li>2. Le résumé de l'analyse d'oxymétrie confirme que la thérapie par VSPPC a porté fruit.</li> <li>3. L'achat de l'appareil de VSPPC est éligible une fois par 5 ans.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPC</a> à jour comprenant la section contenant la confirmation du diagnostic final rempli par l'inhalothérapeute.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de l'inhalothérapeute comprenant les résultats de l'essai qui ont été interprétés et signés par le médecin.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de conformité</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux.</li> </ul>

### ACHAT DE FOURNITURES POUR LA VSPPC

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masques</li> <li>• Tubes</li> <li>• Filtres</li> <li>• Humidificateur</li> <li>• Courroie</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'appareil de VSPPC a été fourni par le Programme de services d'assistance médicale (location pour essai ou achat); il est possible de se procurer les fournitures par l'intermédiaire de ce programme (si l'appareil est acheté par le Programme de service de santé)</li> <li>2. L'appareil de VSPPC a été acheté ailleurs, mais l'admissibilité a été confirmée au moyen du formulaire de maintien de l'appareil de VSPPC et qui inclus un exemplaire du rapport de conformité des 30 dernier jours. (si l'appareil n'est pas acheté par le Programme de service de santé)</li> <li>3.</li> </ol>

<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPC</a> à jour comprenant la section contenant la confirmation du diagnostic final rempli par l'inhalothérapeute.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de l'inhalothérapeute comprenant les résultats de l'essai qui ont été interprétés et signés par le médecin.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de conformité</li> <li>• Formulaire de maintien de l'appareil d VSPPC (si l'appareil n'est pas acheté par le Programme de services de santé seulement)</li> <li>• Ordonnance du médecin (si l'appareil n'est pas acheté par le Programme de services de santé seulement)</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux.</li> <li>• cliniques des sommeils accrédités</li> </ul>

### REPARATIONS SE L'APPAREIL DE VSPPC

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réparations au besoin</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'appareil de VSPPC a été acheté par les Services de santé.</li> <li>2. Les réparations sont économiques vu l'âge et l'état de l'appareil de VSPPC.</li> <li>3. Les réparations ou les remplacements NE SERONT PAS approuvés si les dommages ont été causés par un fumeur faisant partie du ménage.</li> <li>4. Cela ne couvre pas les frais de services ou de déplacements et ne fait pas partie non plus des prestations du programme respiratoire</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rapport d'un technicien certifier qui indique clairement les problèmes avec l'équipement.</li> <li>• Formulaire de maintien de l'appareil de VSPPC (si l'appareil n'est pas acheté par le Programme de services de santé seulement)</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux.</li> <li>• cliniques des sommeils accrédités</li> </ul>

### ESSAI FAILLIT

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essai faillit</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a fait l'essai de cet appareil pour une durée minimale de trois mois.</li> <li>2. Le client: <ul style="list-style-type: none"> <li>• N'es pas capable de conformer avec la thérapie, même avec de l'aide avec le vendeur pour trouver une solution au problème.</li> <li>OU</li> <li>• A refuser la thérapie et a retourné tout équipement au vendeur.</li> </ul> </li> <li>2. Un essai faillit est éligible un fois par année</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPC</a> à jour, y compris la section contenant la confirmation du diagnostic final, rempli par l'inhalothérapeute.</li> <li>• Une explication détaillée de l'nhalothérapeute ou un spécialiste de respiration qui explique pourquoi le client n'a pas été capable de compléter l'essai.</li> <li>• Une copie du rapport de conformité.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> <li>• cliniques des sommeils accrédités</li> </ul>

## REPLACEMENT DU VSPPC SANS ESSAI

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remplacement du VSPPC sans essai</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>L'appareil de VSPPC initial a été acheté par l'intermédiaire du Programme de services d'assistance médicale.</li> <li>Le client doit montrer qu'il en a besoin de façon continue et qu'il observe le traitement de VSPPC, comme le confirme un récent rapport de conformité ou une étude d'oxymétrie.</li> <li>Si l'appareil de VSPPC à remplacer n'a pas de carte de données pour fournir le rapport de conformité ou l'étude d'oxymétrie, le client doit refaire un essai d'un mois.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport de conformité pour le dernier mois OU</li> <li>Une étude d'oxymétrie pour le dernier mois</li> <li>Ordonnance du médecin</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> <li>cliniques des sommeils accrédités</li> </ul>

## VENTILATION SPONTANÉE EN PRESSION POSITIVE À TITRAGE AUTOMATIQUE

### VSPPC AUTOSET OU VSPPA

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Achat d'un appareil de VSPPC autose</li> <li>Achat d'un appareil VSPPA</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Un diagnostic d'apnée du sommeil obstructive a été confirmé par : <ul style="list-style-type: none"> <li>un index d'apnée-hypopnée (IAH) supérieur à 15 (nombre par heure); OU</li> <li>un IAH entre 5 et 15 par heure ET la confirmation par le médecin de l'un des troubles suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>somnolence diurne excessive,</li> <li>troubles cognitifs,</li> <li>troubles de l'humeur,</li> <li>hypertension,</li> <li>cardiopathie ischémique,</li> <li>arythmies cardiaques,</li> <li>hypertension pulmonaire,</li> <li>antécédents d'accident vasculaire cérébral.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Le client ne tolère pas la pression fixe élevée, et ce, malgré l'enseignement et l'intervention visant à améliorer le confort et la conformité.</li> <li>Le client a échoué à un test de VSPPC à pression fixe.</li> <li>Le rapport de conformité confirme que :</li> <li>L'appareil a fait l'objet d'un essai pendant trois mois, à raison de quatre heures par nuit, pendant au moins 21 jours par mois; ET</li> <li>Le client est à l'aise avec l'appareil et observe le traitement.</li> <li>Le résumé de l'analyse de l'oxymétrie confirme que la thérapie par VSPPC Autose a porté ses fruits.</li> </ol>

	8. L'achat d'un appareil VSPPC autoset ou de VSPPA est éligible une fois tous les 5 ans.
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPC</a> à jour, comprenant la section contenant la confirmation du diagnostic final rempli par l'inhalothérapeute.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de l'inhalothérapeute comprenant les résultats de l'essai qui ont été interprétés et signés par le médecin.</li> <li>• Une explication détaillée de la raison pour laquelle le client a échoué au test de VSPPC à pression fixe de l'inhalothérapeute ou du spécialiste de la respiration.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de conformité.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> <li>• cliniques des sommeils accrédités</li> </ul>

## VENTILLATION SPONTANEE PRESSION POSITIVE BIDIRECTIONNELLE (VSPPBi)

### ESSAI DU VSPPBi

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essai du matériel de traitement bidirectionnel sans rythme respiratoire contrôlé</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (a) Le client a reçu un diagnostic confirmé d'apnée obstructive du sommeil avec ventilation spontanée en pression positive continue d'au moins 15 cmH<sub>2</sub>O et présente toujours l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• hypoxémie nocturne (saturations en O<sub>2</sub> inférieures à 88 %);</li> <li>• hypercapnie nocturne (PaCO<sub>2</sub> supérieure à 45 mm Hg);</li> <li>• l'indice d'apnée/d'hypopnée est supérieur à 10;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p>           (b) Le client a reçu un diagnostic confirmé d'apnée obstructive du sommeil avec ventilation spontanée en pression positive continue d'au moins 15 cmH<sub>2</sub>O, mais les rapports de conformité et d'oxymétrie confirment l'intolérance à ce niveau de pression.         </li> <li>2. Le client ne peut assumer sa respiration de manière autonome.</li> <li>3. L'essai du VSPPBi est éligible un fois par année.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPBi</a> rempli par un inhalothérapeute, dont la partie B a été remplie et signée par un médecin.</li> <li>• Un exemplaire du rapport sur l'oxymétrie nocturne ou de l'analyse du sommeil signé par le médecin.</li> <li>• Une copie des données téléchargées de l'appareil de VSPPBi pour la durée entière de l'essai</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

## ACHAT DU VSPPBI

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat d'un appareil de traitement bidirectionnel sans rythme respiratoire contrôlé, qui comprend un humidificateur chauffant</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a fait l'essai de cet appareil pour une durée minimale de trois mois, à raison de quatre heures par nuit, pendant au moins 21 jours par mois.</li> <li>2. Le rapport d'oxymétrie ou le rapport de conformité révèlent une amélioration par suite de l'essai de la VSPPBI.</li> <li>3. L'achat du VSPPBI est éligible une fois tous les 5 ans.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPBI</a> à jour, y compris la section contenant la confirmation du diagnostic final, rempli par l'inhalothérapeute.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de l'inhalothérapeute, y compris les résultats de l'essai qui ont été interprétés et signés par le médecin.</li> <li>• Une copie des données téléchargées de l'appareil de VSPPBI pour la durée entière de l'essai (3-mois).</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

## ACHAT DES ACCESSOIRES CONNEXES AU VSPPBI

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masque</li> <li>• Tubes</li> <li>• Filtres</li> <li>• Chambres d'eau</li> <li>• Courroie</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un appareil de VSPPBI a été approuvé par le Programme de services d'assistance médicale.</li> <li>2. Les accessoires ont été approuvés par le Programme des services d'assistance médicale.</li> <li>3. L'achat des accessoires sont éligible une fois par année.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPBI</a> à jour, y compris la section contenant la confirmation du diagnostic final, rempli par l'inhalothérapeute.</li> <li>• Un exemplaire du rapport de l'inhalothérapeute, y compris les résultats de l'essai qui ont été interprétés et signés par le médecin.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

## REPARATIONS A L'APPAREIL DE VSPPBI

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réparations au besoin</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'appareil de VSPPBI a été acheté par les Services de santé.</li> <li>2. Les réparations sont économiques vu l'âge et l'état de l'appareil de VSPPBI.</li> <li>3. Les réparations ou les remplacements NE SERONT PAS approuvés si les dommages ont été causés par un fumeur faisant partie du ménage.</li> <li>4. Les frais de service ou de déplacements ne sont pas couverts.</li> </ol>

<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de maintien de l'appareil de VSPPBi VSPPC (si l'appareil n'est pas acheté par le Programme de services de santé seulement)</li> <li>• Un rapport d'un technicien certifier qui indique clairement les problèmes avec l'équipement.</li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

### ESSAI FAILLIT ( VSPPBi)

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essai faillit</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a fait l'essai de cet appareil pour une durée minimale de trois mois.</li> <li>2. Le client: <ul style="list-style-type: none"> <li>• N'es pas capable de conformer avec la thérapie, même avec de l'aide avec le vendeur pour trouver une solution au problème.</li> </ul> <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A refuser la thérapie et a retourné tout équipement au vendeur.</li> </ul> </li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de VSPPBi</a> à jour, y compris la section contenant la confirmation du diagnostic final, rempli par l'inhalothérapeute.</li> <li>• Une explication détaillée de l'nhalothérapeute ou un spécialiste de respiration qui explique pourquoi le client n'a pas été capable de compléter l'essai.</li> <li>• Une copie du rapport de conformité</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

## THERAPIE BIDIRECTIONNELLE

### L'ESSAI DE TPPB S/T

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essai de l'appareil de traitement de TPPB S/T</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a reçu un diagnostic confirmé de l'un des troubles suivants : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Maladie neuromusculaire progressive</li> <li>b. Anomalies graves à la cage thoracique</li> <li>c. Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) grave</li> <li>d. Apnée du sommeil centrale</li> </ol> </li> <li>2. Le client a reçu un diagnostic confirmé d'apnée du sommeil obstructive avec une pression positive continue d'au moins 25 cmH<sub>2</sub>O.</li> <li>3. Le client a besoin d'une assistance occasionnelle pour respirer.</li> <li>4. Le client et les autres membres du ménage ont reçu une formation en lien avec ce matériel et sont enclins à observer le plan de traitement prescrit, y compris de participer à un programme de cessation du tabagisme, au besoin.</li> <li>5. L'essai de l'appareil est éligible une fois par année.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Le formulaire de demande de ventilation à domicile</a> rempli et signé par un spécialiste dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ respiration,</li> <li>○ cardiologie,</li> <li>○ affections thoraciques,</li> <li>○ neurologie,</li> <li>○ pneumologie.</li> </ul> </li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de santé.</li> </ul>

<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>
---	---

#### LOCATION DE TPPB S/T

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Location d'un appareil de traitement de TPPB S/T</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a fait l'essai de cet appareil pour une durée minimale d'un mois, à raison de quatre heures par nuit, pendant au moins 21 jours consécutifs.</li> <li>2. Une amélioration est confirmée par le rapport d'oxymétrie et le rapport de conformité.</li> <li>3. Location doit être facturée mensuellement.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Le formulaire de demande de ventilation à domicile</a> rempli et signé par un spécialiste dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ respiration,</li> <li>○ cardiologie,</li> <li>○ affections thoraciques,</li> <li>○ neurologie,</li> <li>○ pneumologie.</li> </ul> </li> <li>Un devis présenté sur une facture des Services de santé.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

#### LOCATION DE TPPB AVEC AVAPS

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Location d'un TPPB avec AVAPS et rythme respiratoire contrôlé</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a reçu l'un des diagnostics suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie neuromusculaire</li> <li>• Traumatisme médullaire</li> <li>• Insuffisance respiratoire chronique (IRC)</li> <li>• Trouble pulmonaire chronique</li> <li>• Une ventilation nocturne a été prescrite au client.</li> </ul> </li> <li>2. Le client et les autres membres du ménage ont reçu une formation en lien avec cet équipement et sont enclins à observer le plan de traitement prescrit, y compris de participer à un programme de cessation du tabagisme, au besoin.</li> <li>3. Location doit être facturée mensuellement.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Le formulaire de demande de ventilation à domicile</a> rempli et signé par un spécialiste dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ respiration,</li> <li>○ cardiologie,</li> <li>○ affections thoraciques,</li> <li>○ neurologie,</li> <li>○ pneumologie.</li> </ul> </li> <li>Un devis présenté sur une facture des Services de santé.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

## L'ACHAT D'UN HUMIDIFICATEUR

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'achat d'un humidificateur</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le client a un appareil de TPPB ou un ventilateur en location, fourni dans le cadre du Programme de services d'assistance médicale.</li> <li>Le client ne réside pas dans un foyer de soins ou un foyer de soins spéciaux.</li> <li>L'achat d'un humidificateur est éligible une fois tous les 5 ans.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Le formulaire de demande de ventilation à domicile</a> rempli et signé par un spécialiste dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>respiration,</li> <li>cardiologie,</li> <li>affections thoraciques,</li> <li>neurologie,</li> <li>pneumologie.</li> </ul> </li> <li>Un devis présenté sur une facture des Services de santé.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

## L'ACHAT DES ACCESSOIRES CONNEXES AU TPPB

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masques</li> <li>Tubes</li> <li>Filtres</li> <li>Chambre d'eau</li> <li>Casque</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le client a un appareil de TPPB en location, fourni dans le cadre du Programme de services d'assistance médicale.</li> <li>Les fournitures ont été approuvées par le Programme des services d'assistance médicale.</li> <li>Admissible un fois par année.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Le formulaire de demande de ventilation à domicile</a> rempli et signé par un spécialiste dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>respiration,</li> <li>cardiologie,</li> <li>affections thoraciques,</li> <li>neurologie,</li> <li>pneumologie.</li> </ul> </li> <li>Un devis présenté sur une facture des Services de santé.</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

## VENTILATION À DOMICILE

### ACHAT D'UN INSUFFLATEUR-EXSUFLATEUR MECANIQUE

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appareil de toux assistée</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le client a reçu un diagnostic de : <ul style="list-style-type: none"> <li>Maladie neuromusculaire</li> <li>Traumatisme médullaire</li> </ul> </li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance respiratoire chronique (IRC)</li> <li>• Trouble pulmonaire chronique</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Le client est incapable de tousser de manière autonome.</li> <li>3. Le débit de toux maximal du client est inférieur à 200 litres/minute.</li> <li>4. Le client et les autres membres du ménage ont reçu une formation en lien avec ce matériel et sont enclins à observer le plan de traitement prescrit, y compris de participer à un programme de cessation du tabagisme, au besoin.</li> <li>5. L'appareil de toux assistée est éligible une fois par 5 ans.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande de matériel de ventilation à domicile</a> rempli par l'intervenant suivant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Physiatre</li> <li>○ Intensiviste</li> <li>○ Spécialiste des troubles respiratoires</li> <li>○ Médecin désigné</li> </ul> </li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

#### FOURNITURES POUR APPAREIL DE TOUX ASSISTE

<b>Prestations</b>	Achat de fournitures pour appareil de toux assistée
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a un ventilateur en location, fourni dans le cadre du Programme de services d'assistance médicale.</li> <li>2. Les fournitures ont été approuvées par le Programme des services d'assistance médicale.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande de matériel de ventilation à domicile</a> rempli par l'intervenant suivant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Physiatre</li> <li>○ Intensiviste</li> <li>○ Spécialiste des troubles respiratoires</li> <li>○ Médecin désigné</li> </ul> </li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

#### VENTILATEUR AVEC RYTHME RESPIRATOIRE CONTROLE

<b>Prestations</b>	Location du ventilateur
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a reçu un diagnostic de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie neuromusculaire</li> <li>• Traumatisme médullaire</li> <li>• Insuffisance respiratoire chronique (IRC)</li> <li>• Trouble pulmonaire chronique</li> </ul> </li> <li>2. Le client est dans l'incapacité de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• maintenir une ventilation autonome;</li> <li style="text-align: center;">OU</li> <li>• maintenir ses voies aériennes dégagées.</li> </ul> </li> <li>3. Le client a besoin d'une ventilation jour et nuit.</li> <li>4. Le client et les autres membres du ménage ont reçu une formation en lien avec ce</li> </ol>

	matériel et sont enclins à observer le plan de traitement prescrit, y compris de participer à un programme de cessation du tabagisme, au besoin. 5. Le client ne réside pas dans un foyer de soins ou un foyer de soins spéciaux.
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande de matériel de ventilation à domicile</a> rempli par l'intervenant suivant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Physiatre</li> <li>○ Intensiviste</li> <li>○ Spécialiste des troubles respiratoires</li> <li>○ Médecin désigné</li> </ul> </li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>

#### FOURNITURES DE VENTILATION

<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat de fournitures de ventilation</li> </ul>
<b>Critères/limites d'admissibilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a un ventilateur en location, fourni dans le cadre du Programme de services d'assistance médicale.</li> <li>2. Les fournitures ont été approuvées par le Programme des services d'assistance médicale.</li> <li>3. \Le client ne réside pas dans un foyer de soins ni dans un foyer de soins spéciaux.</li> </ol>
<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Formulaire de demande de matériel de ventilation à domicile</a> rempli par l'intervenant suivant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Physiatre</li> <li>○ Intensiviste</li> <li>○ Spécialiste des troubles respiratoires</li> <li>○ Médecin désigné</li> </ul> </li> <li>• Un devis présenté sur une facture des Services de</li> </ul>
<b>Fournisseurs de services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services médicaux accrédités, avec au sein du personnel, des inhalothérapeutes autorisés au Nouveau-Brunswick et une licence d'établissement pour les instruments médicaux</li> </ul>