

HOME OXYGEN PROGRAM APPLICATION FORM
FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LE PROGRAMME D'OXYGENE A DOMICILE

PART A : CLIENT INFORMATION / INFORMATION DU CLIENT

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRENOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TELEPHONE	HEALTH CARD / CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE	PRIVATE INSURANCE/ ASSURANCE PRIVÉ?
		Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>

PART B : PRESCRIPTION INFORMATION / ORDONNANCE

INITIAL PRESCRIPTION PROVIDED/ ORDONNANCE INITIALE

PHYSICIAN INFORMATION / COORDONÉES DU MEDECIN

NAME / NOM : _____

SPECIALTY/ SPÉCIALITÉ _____ DATE : _____

PART C : CLINICAL DIAGNOSIS AND RECOMMENDATION FROM RESPIRATORY THERAPIST. MUST INCLUDE PRESCRIPTION / DIAGNOSTIQUE CLINIQUE ET RECOMMANDATION DU THÉRAPEUTE RESPIRATOIRE. DOIVENT JOINDRE L'ORDONNANCE.

PRESCRIPTION ORDONNANCE:	Diagnosis / Diagnostique:					
	Arterial Blood Gas Study (ABG): Résultats de l'étude du gaz de sang artériel :	pH	PaO2	PaCO2	HCO3	SaO2
	Oximetry or polysomnography results: Résultats d'oximétrie ou polysomnographie:	SpO2 room air rest / Air en repos				
		SpO2 room air exertion / Air sous effort				
	If sleep tests done, evidence of Sleep Apnea? Si testé la nuit, preuve d'apnée de sommeil?					
FLOW RATES / DEBITS	At rest / Au repos:	Exercise / Exercice :		Sleep / Sommeil:		

Is the client physically able to use E or D Cylinder? Yes / Oui No / Non
 Est-ce que le (la) client(e) est capable d'utiliser des cylindres E ou D?

*** If **no**, please provide a detailed medical justification for the use of M6 Cylinders. Si non, SVP donnez une justification médicale détaillée pour l'utilisation des cylindres M6.

PART D : VENDOR CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU FOURNISSEUR DE SERVICES

TO BE COMPLETED BY AN AUTHORISED VENDOR ONLY / A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN FOURNISSEUR AUTORISÉ

CONTACT NAME: _____ TELEPHONE : _____ FAX : _____
 PERSONNE RESSOURCE: _____ TELEPHONE : _____ TELECOPIEUR : _____

VENDOR : _____
 FOURNISSEUR : _____

VENDOR IDENTIFICATION NUMBER : _____
 NUMERO D'IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR : _____

The client, and other household members, have received education relevant to the equipment provided and are willing to comply with the treatment plan prescribed, including smoking cessation. Le client et d'autres membres de la maison, ont reçu l'éducation pertinente pour l'équipement fourni et sont enclins à respecter le plan de traitement prescrit, y compris le sevrage tabagique.	YES OUI	NO NON
--	------------	-----------

VENDOR SIGNATURE : _____ DATE : _____
 SIGNATURE DU FOURNISSEUR : _____

**ANY CHANGES MUST BE PRIOR APPROVED - PRODUCTS THAT HAVE NOT BEEN AUTHORIZED WILL NOT BE PAID.
 TOUT CHANGEMENTS DOIT ÊTRE APPROUVÉES EN AVANCE – LES PRODUITS QUI NE SONT PAS AUTORISÉ NE SERONT PAS PAYÉS.**

PART E : STANDARD EQUIPMENT & SUPPLIES / ÉQUIPEMENT STANDARD & FOURNITURES

EQUIPMENT TO BE RENTED ON A MONTHLY BASIS / EQUIPEMENT POUR LOCATION MENSUEL

PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT	PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT
Concentrator / Concentrateur <input type="checkbox"/>	\$	Extra Cylinder for portability Cylindre d'extra pour portabilité <input type="checkbox"/>	\$
High Flow Concentrator Concentrateur à haut débit <input type="checkbox"/>	\$	Liquid Oxygen Base Base pour oxygène liquide <input type="checkbox"/>	\$
Portability / Portabilité <input type="checkbox"/>	\$	O2 Conserving Device Dispositif de conservation O2 <input type="checkbox"/>	\$
			Total
			\$

CYLINDER, LIQUID OXYGEN / CYLINDRES ET OXYGENE LIQUIDE

PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT	PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT
E cylinders / Réservoirs E <input type="checkbox"/>	\$ EA CHQ	D cylinders / Réservoirs D <input type="checkbox"/>	\$ EA CHQ
Liquid Oxygen / Oxygène liquide <input type="checkbox"/>	\$ per KG par KG	Other / Autres : <input type="checkbox"/>	

**In order for Health Services to consider these items under special authorization, please ensure to include the following documentation:
 Pour que les Services de Santé soit capable de considérée la demande d'autorisation spéciale, svp faire certain d'inclure les documents suivant :**

A letter from a specialist or a professional, accredited in Oxygen Therapy, that explains clearly why the usual equipment does not meet the client's needs or why it would be more cost effective for Health Services to approve the use of this equipment.

Une lettre d'un spécialiste ou un professionnel, accrédité dans la thérapie d'oxygène, qui explique clairement pourquoi l'équipement habituel ne rencontre pas les besoins du client ou, pourquoi ce serait plus efficace financièrement d'approuver cet équipement avec les services de santé.

PART F : SPECIAL AUTHORISATIONS / AUTORISATIONS SPÉCIALES

EQUIPMENT TO BE RENTED* / EQUIPEMENT EN LOCATION

EQUIPMENT TO BE PURCHASED / ACHAT D'EQUIPEMENT

PRODUCTS / PRODUITS	COST / COUT	PRODUCTS / PRODUITS	COST / COUT
Portable Concentrator System Système de Concentrateur Portable <input type="checkbox"/>	\$	Oxygen Saturation Monitor Moniteur de saturation d'oxygène <input type="checkbox"/>	\$
Home Refill System Système de remplissage à domicile <input type="checkbox"/>	\$		
Oxygen Saturation Monitors (table tops) Moniteur de saturation d'oxygène (sur table) <input type="checkbox"/>	\$		
Disposable Oxygen Conserving Device System System dispositif jetable de conservation d'O2 <input type="checkbox"/>	\$		
M6 Cylinders (EA) / Cylindres M6 (CHQ) <input type="checkbox"/>	\$		

FOR OFFICE USE ONLY | POUR UTILISATION DU BUREAU SEULEMENT

Cylinder Refills Remplissage de cylindres	E	93 hours per month 93 heures mensuel	Max per month / Maximum mensuel	Expected cost per month / Coût prévu mensuel	TOTAL
	D				
Liquid Oxygen Refills Remplissage d'oxygène liquide		_____ kg per week _____ kg par semaine	Max per month / Maximum mensuel	Expected cost per month / Coût prévu mensuel	TOTAL
Special Autorisation M6 Autorisation spéciale de M6		Max per month / Maximum mensuel		Expected cost per month / Coût prévu mensuel	TOTAL

APPROVED REFUSED PENDING INFO
 APPROVÉE REFUSÉE EN ATTENTE D'INFO

APPROVAL NUMBER / NUMERO D'APPROBATION

Administrator / Administrateur _____ Date : _____

Comments / Commentaires:

REGISTERED /
ENREGISTRER
