

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UN EXAMEN DU SOMMEIL

BIRON SOINS DU SOMMEIL ci-après « BSS »

Nom: _____ Prénom: _____ # Commande: _____

Date de naissance: _____ Date de l'examen: _____
AAAA MM JJ AAAA MM JJ**BUT DE L'EXAMEN**

Le but de l'examen est d'obtenir des données sur la qualité de votre sommeil, d'établir la présence de troubles du sommeil (ex: apnée du sommeil) et/ou la calibration d'un traitement par pression positive continue (PPC).

EXAMEN PRESCRIT (à remplir par le représentant BSS)**Examen en laboratoire**

- Polysomnographie (PSG)
- Protocole de nuit partagée – PSG avec titrage de la pression positive continue (PPC) selon protocole
- Polysomnographie (PSG) pédiatrique
- Titrage manuel du traitement par PPC

Examen à domicile

- Oxymétrie nocturne pédiatrique
- Oxymétrie nocturne sous thérapie
- Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS)
- Titrage automatisé du traitement par PPC

 Test itératif de latence d'endormissement (TILE /MSLT) Test de maintien d'éveil (TME / MWT) Protocole de prise en charge (à remplir par le représentant BSS)

Protocole permettant, suite à la réalisation de l'examen prescrit et en fonction des recommandations du pneumologue, la mise sous traitement rapide par PPC. Le protocole de prise en charge prévoit une consultation avec un pneumologue au besoin.

Tout patient peut se retirer du présent protocole de prise en charge à tout moment et à son entière discrétion.

Un questionnaire clinique sur votre état de santé doit être complété avant un examen diagnostique, sauf en cas de reprise de l'examen.

DÉSAGRÉMENTS

- Polysomnographie: l'enregistrement du sommeil ne comporte aucun risque, sauf une possible irritation temporaire de la peau aux endroits où les capteurs et/ou le masque auront été installés.
- Titrage de la PPC: un ballonnement abdominal peut survenir occasionnellement. Dans le cas d'un titrage en laboratoire, un professionnel de la santé sera disponible sur place pour contrôler ou réduire au minimum les effets secondaires.
- Oxymétrie nocturne pédiatrique: afin d'éviter l'étranglement accidentel lors de cet examen, l'installation du capteur d'oxygène se fera sur l'orteil de votre enfant.

Initiales du représentant BSS: _____ Initiales du patient: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UN EXAMEN DU SOMMEIL**POUR TOUS LES SERVICES FACTURÉS: AVIS DE NON-PARTICIPATION DU PNEUMOLOGUE****Aux personnes assurées par le régime d'assurance maladie**

Je vous donne avis que je suis un professionnel non participant au régime d'assurance maladie. À ce titre, je ne puis réclamer le paiement de mes honoraires de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Si vous avez recours à mes services professionnels, vous devrez donc me payer directement le coût des services que je vous fournirai. Vous ne pourrez ni demander ni obtenir de la Régie de l'assurance maladie du Québec le remboursement du coût des services assurés que vous m'aurez payé. Cet avis vous est donné conformément à la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et aux règlements.

Nom du professionnel non participant : le pneumologue sera dûment identifié sur le rapport d'interprétation diagnostique de votre examen.

RESPONSABILITÉ DE BIRON SOINS DU SOMMEIL

L'équipe de Biron Soins du sommeil s'engage à mettre à votre disposition une technologie de haute qualité et des professionnels de la santé formés en médecine du sommeil. Ce gage de qualité s'ajoute à tous nos protocoles rédigés conformément aux recommandations canadiennes et américaines de la médecine du sommeil. L'interprétation de votre examen et du questionnaire clinique sera effectuée par un pneumologue travailleur autonome et membre du Collège des médecins du Québec.

RESPONSABILITÉ DU PATIENT

Je comprends que les données cliniques sont notamment issues du questionnaire clinique que j'ai personnellement rempli et que le pneumologue qui fera l'interprétation des résultats obtenus suite à la réalisation de l'examen qui m'a été prescrit ne m'aura pas nécessairement rencontré. Je comprends donc que les recommandations du pneumologue ne seront faites qu'à titre indicatif et devront être validées et discutées avec mon médecin requérant.

Dans le cas où, pour quelque raison que ce soit, les données provenant de l'examen prescrit ne pouvaient être interprétées et qu'aucun rapport ne pouvait être fourni, l'examen prescrit sera alors repris aux frais de Biron Soins du sommeil. Un délai de six (6) mois me sera alloué afin de bénéficier de la reprise de l'examen sans frais. Dans le cas où une reprise d'examen était jugée nécessaire, le présent consentement demeurera valide durant six (6) mois. Cependant, si je refuse de compléter l'examen prescrit, par exemple, en quittant les locaux de Biron Soins du sommeil avant qu'il ne soit terminé ou si je refuse de m'y soumettre à nouveau, alors aucun remboursement ne sera offert par Biron Soins du Sommeil.

CONSENTEMENT DU PATIENT

J'ai reçu et compris les informations concernant le but, les désagréments liés aux examens, l'avis de non-participation du pneumologue ainsi que la responsabilité respective de chaque partie. Selon les services reçus, j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je juge pertinentes relativement aux différents aspects de l'examen et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends que des frais supplémentaires peuvent s'appliquer si des examens complémentaires étaient nécessaires pour établir un diagnostic ou initier un traitement par PPC. Je suis conscient et j'accepte le fait que je serai filmé dans le cadre d'un examen diagnostique en laboratoire, le cas échéant.

J'accepte volontairement et librement de participer à l'examen prescrit.

Signature du patient¹ : _____

Date: _____

Signature du représentant BSS _____

Date: _____

1 nom du parent (enfant de moins de 14 ans) ou représentant légal en cas d'incapacité