

Ordonnance en soins du sommeil et soins respiratoires

Patient	Requérant
Nom et prénom	Nom et prénom du requérant
Adresse	No. permis
Ville	ESTAMPE
Code postal	
Téléphone	
Sexe	Signature manuscrite ou électronique du requérant OBLIGATOIRE
DDN (aaaa/mm/jj)	Date

Renseignements cliniques :

Prise en charge pour apnée du sommeil

1 Le protocole de prise en charge permet la réalisation rapide de l'étude diagnostique, suivi d'une consultation en médecine du sommeil. Une mise sous traitement pourrait être initiée suivant la recommandation du pneumologue.

- Avec prise en charge Sans prise en charge (suivi fait par le médecin requérant)

Laboratoire

- Polysomnographie (PSG) diagnostique seulement
- Polysomnographie (PSG) nuit partagée 2
- Titrage manuel
- Polysomnographie (PSG) PÉDIATRIQUE et consultation 3
- Test de maintien d'éveil (TME/MWT)
- Sous traitement PPC et/ou stimulant (nom/dose) _____
- Test itératif de latence d'endormissement (TILE/MSLT)
- Sous traitement PPC et/ou stimulant (nom/dose) _____

À domicile

- Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS) 4
- Saturométrie nocturne PÉDIATRIQUE
- Titrage automatisé de la PPC et mise sous traitement à la P90/P95*
- Titrage automatisé de la PPC*

*Ces examens de titrage sont réalisés exceptionnellement suivant une consultation si l'essai de traitement en mode APAP n'est pas une option.

Traitement

- Protocole d'adhésion thérapeutique et consultation avec un pneumologue PRN* 5
- PPC (CPAP) _____ cmH20
- PPC auto (APAP) min _____ et max _____ cmH20

*Ajustement au besoin des paramètres ou mode de pression pour favoriser l'adaptation et le contrôle des événements respiratoires afin d'assurer un traitement optimal pour le patient.

Consultation en médecine du sommeil (pneumologue)

- Consultation en médecine de sommeil/Pneumologie adulte/Pneumologie pédiatrique (RAMQ)

Tests de fonction respiratoire ≥ 7 ans

- Spirométrie pré-post BD (VEMS/CVF) 6 Spirométrie simple et/ou de contrôle 7 Provocation bronchique (méthacholine)

Quel examen choisir?

LA POLYGRAPHIE CARDIORESPIRATOIRE DU SOMMEIL (PCRS) doit être réservée aux patients présentant une probabilité clinique modérée ou élevée d'apnée du sommeil SANS comorbidité sévère telle une MPOC, insuffisance cardiaque ou autre pathologie affectant l'oxygénation à l'éveil.

LA POLYSOMNOGRAPHIE EN LABORATOIRE (PSG COMPLÈTE) est recommandée si le diagnostic est incertain, si présence de comorbidité sévère ou que l'on suspecte une autre maladie du sommeil (narcolepsie, jambes sans repos, anomalies comportementales du sommeil).

LE TITRAGE AUTOMATISÉ : En raison des limites liées au titrage automatisé (délai, pertinence et reproductibilité) lorsqu'il y a une indication de traitement chez un patient SANS comorbidité sévère telle une MPOC, insuffisance cardiaque ou autre pathologie affectant l'oxygénation à l'éveil, l'AASM¹ recommande de poursuivre avec une mise sous traitement par PPC automatique (APAP) suivi d'une révision des paramètres de prescription après la période initiale du traitement.

LE TEST DE MAINTIEN DE L'ÉVEIL (TME) permet d'évaluer l'efficacité d'un traitement contre l'hypersomnolence ou d'autres troubles du sommeil.

TEST ITÉRATIF DE LATENCE À L'ENDORMISSEMENT est indiqué pour l'évaluation de l'hypersomnolence diurne. Il peut aussi être utile pour un diagnostic de narcolepsie.

LA SATUROMÉTRIE NOCTURNE DE DÉPISTAGE chez l'adulte n'est pas recommandée : Les études n'utilisant que la saturation sanguine ont un rôle limité dans l'évaluation initiale de l'AOS. L'AASM¹ en a banni l'utilisation à des fins diagnostiques puisque son interprétation est non reproductible et ne permet pas de poser un diagnostic d'AOS ni de distinguer de façon fiable l'apnée obstructive du sommeil de l'apnée centrale du sommeil.

LA CONSULTATION EN MÉDECINE DE SOMMEIL est réalisée par un pneumologue et couverte par la RAMQ.

LA SPIROMÉTRIE PRÉ/POST : Ce test permet d'évaluer objectivement la fonction pulmonaire d'un individu, de diagnostiquer, de mesurer l'effet et d'en évaluer la gravité. Elle permet également de surveiller la progression d'une maladie pulmonaire. Ce test est disponible autant chez l'adulte que chez l'enfant mais requiert une bonne compréhension et collaboration du patient.

LA PROVOCATION BRONCHIQUE À LA MÉTHACHOLINE : Ce test a pour but d'évaluer l'hyperexcitabilité bronchique (asthme) avec l'aide d'agent pharmacologique tel que la méthacholine. Ce test permet de confirmer un diagnostic d'asthme. Ce test est disponible autant chez l'adulte que chez l'enfant mais requiert une bonne compréhension et collaboration du patient.

¹AASM : America Academy of Sleep Medicine

Informations

1 LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE permet la réalisation rapide de l'étude diagnostique suivi d'une évaluation médicale afin d'accélérer la mise sous traitement par PPC pour les patients souffrant d'apnée du sommeil modérée ou sévère (index d'événement $\geq 15/h$), symptomatique (somnolence Epworth > 10 , ou 2 symptômes autres) et non compliquée (événements majoritairement obstructifs et absence d'hypoventilation sur l'étude diagnostique). Elle accélère également l'évaluation médicale spécialisée des patients souffrant d'apnée du sommeil compliquée et/ou ayant un problème de vigilance diurne significatif (Epworth > 16) et présentant un IAH $< 15/h$.

La prise en charge et/ou consultation avec le pneumologue est applicable seulement en soins du sommeil.

2 Un titrage manuel pourrait être réalisé au cours de la même nuit si le patient rencontre les critères d'un protocole établie.

3 La polysomnographie pédiatrique est suivie d'une consultation en médecine du sommeil pour la remise des résultats.

4 La polygraphie cardiorespiratoire (PCRS) est réalisée chez un adulte ou un adolescent de ≥ 14 ans ayant débuté sa puberté.

Fille : menstruation, développement de la poitrine

Garçon : voix muée, pilosité

5 LE PROTOCOLE D'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE permet à l'inhalothérapeute de faire l'ajustement au besoin des paramètres de pression, du mode de pression et le choix du masque. L'objectif est de favoriser l'adaptation, le contrôle des événements respiratoires et d'assurer un traitement optimal pour le patient. Le médecin prescripteur sera informé des changements et si les actions prises n'apportent pas les bénéfices escomptés, une rencontre avec le pneumologue pourrait être organisée.

6 Selon un protocole établi, un bronchodilatateur pourrait être administré.

7 Pour une spirométrie de contrôle, la médication ne doit pas être cessée.