



CHU Sainte-Justine  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

# **GUIDE PRATIQUE - INTERVENANTS - PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE DU QUÉBEC**

**MICHÈLE ROBINSON / FABIENNE REVOLUS  
AGENTES ADMINISTRATIVES**

**JUIN 2018**

3175, Côte Sainte-Catherine  
Montréal (Québec)  
H3T 1C5

## Tables des matières

Introduction.....	3
Cheminement d'une demande.....	4
Patient sans assurances privées.....	5
Quotas accordés.....	6
Bon de commande long terme (exemple).....	7
Bon de commande court terme (exemple).....	8
Patient avec assurances privées.....	9
Points importants pour les patients avec assurances privées.....	10
Documents à fournir pour les réclamations.....	11
Formulaire de réclamation (exemple).....	12
Fournisseurs privés de matériel médical.....	13-15
Tige à soluté.....	16
Critères d'admissibilité au système fermé.....	17
Matériel non disponible.....	17
Durée de vie du matériel.....	18
Entretien du matériel et entretien de la pompe.....	19
Politique de communication et contacts téléphoniques.....	20
Rôle de l'intervenant.....	20
Bris de pompe.....	21
Inactivité du dossier.....	21
Retour du matériel.....	22-23
Conclusion.....	23
Entretien pompe Epump.....	24
Entretien pompe Joey.....	25
Entretien pompe Connect.....	26-27

### **ANNEXE**

Formulaire d'admissibilité du Programme ministériel d'alimentation entérale à domicile  
(Versions française et anglaise)

## **Introduction**

Voici un guide complémentaire au *Guide de gestion du Programme ministériel d'alimentation entérale à domicile du Québec* pour les intervenants ayant une clientèle inscrite au Programme Ministériel d'alimentation entérale. Il vous aidera à compléter le formulaire de demande initiale essentielle à l'ouverture d'un nouveau dossier.

Vous y trouverez une foule de détails ainsi que plusieurs réponses à des questions fréquemment posées de la part des intervenants et ce, autant les référents que ceux qui font le suivi auprès du programme. Ce guide vous aidera de plus à bien informer la clientèle avec des réponses claires et précises. Également, la plupart des informations contenues dans ce guide ont été ou seront communiquées aux patients au moment de leur acceptation. Vous pourrez donc agir de façon complémentaire.

Il est important de se rapporter à la table des matières pour bien s'y retrouver. Les informations contenues sont disposées sans ordre précis et continue.

Vous trouverez la dernière version de ce guide sur le site internet suivant :

[www.chu-sainte-justine.org/pmae](http://www.chu-sainte-justine.org/pmae)

En espérant que ce guide puisse vous servir de la meilleure des façons.

## CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE

Voici le cheminement d'une demande point par point.

- Vous complétez et retournez au Programme Ministériel le *Formulaire d'admissibilité pour l'acquisition d'équipements ou fournitures entérales*. Si le patient a des assurances privées, vous assurez d'avoir suivi la procédure en p. 7 de ce guide avant tout.
- Si un enseignement de pompe est nécessaire, un représentant entrera en contact avec vous dans les 24 à 72hres suivant la réception de la demande au Programme Ministériel pour le planifier. Il faut tenir compte de la date du congé ainsi que du lieu physique où doit avoir lieu l'enseignement. La pompe peut être fournie également à tout patient possédant des assurances privées couvrant l'achat du matériel de gavage.
- Le patient reçoit ses fournitures pour la pompe selon les ententes prises avec le représentant. Le reste du matériel suivra dans les 10 jours suivant la demande au domicile du patient.
- Ensuite, le patient est responsable de commander ses fournitures via bon de commande. (exemple en p.5)
- Pour tout changement de fourniture, un intervenant devra quand même corroborer celui-ci. Les demandes urgentes (non applicable à l'ouverture) hors bon de commande seront quand même acceptées si elles sont faites par un intervenant. On privilégie quand même la méthode du bon de commande.
- Aucun remboursement ne sera fait pour tout achat fait par initiative personnelle du patient.

## **PATIENT SANS ASSURANCES PRIVÉES**



Une aide financière est initialement accordée sous forme de matériel requis pour répondre aux besoins alimentaires.

Le matériel est acheminé selon les modalités retenues lors de l'ouverture du dossier. Le patient est responsable de ses commandes par la suite. Il doit utiliser le bon de commande de fournitures (p. 5) et le retourner soit :

1-Par courriel à l'adresse suivante : [programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca) que vous trouverez via notre site internet [www.chu-ste-justine.org/pmae](http://www.chu-ste-justine.org/pmae) (vous pouvez remplir le bon de façon électronique)

2-Par télécopieur : 514-345-4983

3-Par la poste à l'adresse :

**CHU SAINTE-JUSTINE  
PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE  
3175 CÔTE SAINTE-CATHERINE  
ÉTAGE 7 BLOC 6  
MONTRÉAL, QUÉBEC  
H3T 1C5**

L'aide matérielle est accordée selon la définition des besoins que vous aurez faite pour le patient à l'aide du *Formulaire d'admissibilité pour l'acquisition d'équipements ou fournitures entérales*. Vous fiez aux quotas et à la liste du matériel disponible pour vous guidez.

Cette aide financière est valide pour toute la durée des traitements.

Pour de plus amples informations, le patient doit rejoindre son intervenant qui assume le suivi avec le programme seulement.

Finalement, pour être éligible à l'aide financière, le patient doit demeurer en résidence privée non conventionnée.

## Quotas accordés\*

(La même quantité sera remboursée si jamais le patient avait des assurances privées)

<b>Matériel pompe ePump (Adulte long terme)</b>	<b>Quantité annuelle max</b>
Système ouvert : #773656 (sac mou 1000ml)	120
Système fermé : #775659	365 (ou selon traitement)
<b>Matériel pompe Joey (Enfant long terme)</b>	
Système ouvert : #763656 (sac mou 1000ml)	120
Système fermé : #765559	365 (ou selon traitement)
<b>Matériel pour pompe Connect (Adulte court terme)</b>	
Système ouvert : #77100FD (sac mou 1000ml)	120
Système fermé : #77000FD	365 (ou selon traitement)
<b>Matériel pour gravité</b>	
Système ouvert : #702520 (sac mou 1000ml)	120
Système ouvert : #702505 (sac mou 1000ml large débit)	120
<b>Système d'alimentation au niveau cutané pour gastrostomie (bouton) et sondes Foley</b>	
Nutriport, Entristar, Bard, Mickey	à la demande
<b>Rallonges pour système d'alimentation (rallonges de bouton)</b>	
Nutriport, Entristar, Bard, Mickey	6 ou (8 école)
<b>Seringues</b>	
10cc	100
60cc ou 60cc embout cathéter	120 (240 bolus seringue)
Adaptateurs pour seringues	12
<b> Tubes naso-gastriques</b>	
8FR x 42po (radiopaque)	52
Corpak/Corflo	6
Peditube	12
<b>Autres fournitures</b>	
Hypafix (5cm x 10m, 10cm x 10m, 15cm x 10m)	selon évaluation
Transpore (diachylon transparent)	selon évaluation
Micropore (diachylon fibre papier)	selon évaluation
Elastoplast (diachylon rose)	selon évaluation
Tegaderm	selon évaluation
Duo-derm	selon évaluation
Compresse (2x2 et/ou 4x4 non stériles)	selon évaluation
Fixateur de drain (Hollister Drain #9781 ou #9782)	52 unités
Connecteur (adaptateur) en Y pour PEG	6

\*\*Pour toute fourniture non listée, veuillez vous adresser à votre intervenant pour qu'il puisse soumettre une demande. Celle-ci sera évaluée et ajoutée à votre dossier si acceptée.



# EXEMPLE

## POUR LE COURT TERME

**Bon de commande pour** : Nom du patient : \_ Ne pas utiliser ce formulaire lors de la demande initiale \_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Articles	Quantité désirée	Quantité annuelle maximum		
<b>Matériel pompe Connect (1 mois)</b> Système ouvert : #77100FD (sac mou 1000ml) - 1 boîte de 10 unités Système fermé : #77000FD - 1 boîtes de 30 unités	_____ _____	120 unités 365 unités		
<b>Matériel pour gravité (1 mois)</b> Système ouvert : #8884702500 (sac mou 1000ml)- 1 boîte de 30 unités Système ouvert : #702505 (sac mou 1000ml large débit) -1 boîte de 30 un	_____ _____	120 unités 120 unités		
<b>Système d'alimentation au niveau cutané pour gastrostomie (bouton) et sondes Foley</b>	_____	À la demande		
<table border="1"> <tr> <td>○ Nutriport _____FR x _____CM</td> <td>○ Mickey _____FR x _____CM</td> </tr> <tr> <td>○ Entristar _____FR x _____CM</td> <td>○ Bard _____FR x _____CM</td> </tr> </table>			○ Nutriport _____FR x _____CM	○ Mickey _____FR x _____CM
○ Nutriport _____FR x _____CM	○ Mickey _____FR x _____CM			
○ Entristar _____FR x _____CM	○ Bard _____FR x _____CM			
<b>Rallonges pour système d'alimentation (rallonges de bouton)</b>	_____	6 (8 si va à l'école)		
<table border="1"> <tr> <td>○ Nutriport continue ___ bolus ___</td> <td>○ Mickey continue ___ bolus ___</td> </tr> <tr> <td>○ Entristar continue ___ bolus ___</td> <td>○ Bard ___FR continue ___ bolus ___</td> </tr> </table>			○ Nutriport continue ___ bolus ___	○ Mickey continue ___ bolus ___
○ Nutriport continue ___ bolus ___	○ Mickey continue ___ bolus ___			
○ Entristar continue ___ bolus ___	○ Bard ___FR continue ___ bolus ___			
<b>Seringues</b> 10cc (1 mois = 10) 60cc embout luer lock (1 mois = 10 (20 si bolus)) 60cc embout cathéter (1 mois = 10 (20 si bolus)) Adaptateurs pour seringues	_____ _____ _____ _____	100 unités 120 (240) unités 120 (240) unités 12		
<b> Tubes naso-gastriques et fournitures connexes</b> 8FR x 42po (radiopaque) Corpak/Corflo _____FR x _____CM Peditube _____FR x _____CM	_____ _____ _____	52 6 12		
<b>Autres fournitures (cocher format si nécessaire)</b> Hypafix : 5cm x 10m : _____ 10cm x 10m : _____ 15cm x 10m : _____ Transpore (diachylon transparent) Micropore (diachylon fibre papier) Elastoplast (diachylon rose) Tegaderm Duo-derm Compresses non stériles : 2x2 : _____ et/ou 4x4 : _____ Fixateur de drain Hollister : Drain #9781 : _____ Drain #9782 : _____ Connecteur (adaptateur) en Y pour PEG : 16FR : _____ 20FR : _____ 24FR : _____ Lubrifiant	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Selon évaluation Selon évaluation Selon évaluation Selon évaluation Selon évaluation Selon évaluation Selon évaluation Selon évaluation 52 6 Selon évaluation		



## **PATIENT AVEC ASSURANCES PRIVÉES**



Une aide financière est initialement accordée afin de couvrir la différence non remboursée par les assurances privées relativement à l'achat des fournitures pour l'administration des gavages selon les quotas établis en page 4.

Le seul équipement pouvant être fourni par le programme est la pompe de gavage.

Le patient doit faire les démarches afin de se procurer le matériel nécessaire aux besoins alimentaires (possibilité de se référer à la liste exhaustive de fournisseurs p.10). Pour obtenir un remboursement le patient doit suivre la procédure de réclamation jointe dans ce guide à la p.8. Cette procédure s'applique seulement si les assurances défraient pour ce genre de fourniture. Les remboursements seront faits selon les mêmes quotas établis pour les patients n'ayant pas d'assurances privées.

Pour les fournitures non remboursées ou non couvertes via le contrat d'assurance, elles seront fournies par notre Programme gratuitement. Veuillez indiquer les fournitures désirées en vous rappelant qu'elles ne doivent pas être couvertes par les assurances.

Le patient peut également demander des remboursements pour la différence non remboursée par les assurances pour l'achat de la solution de gavage. La procédure est la même que pour le matériel.

L'aide financière est valide pour toute la durée des traitements.

Pour de plus amples informations, le patient doit rejoindre son intervenant qui assume le suivi avec le programme seulement.

Finalement, pour être éligible à l'aide financière, le patient doit demeurer en résidence privée non conventionnée.

## **POINTS IMPORTANTS POUR LES PATIENTS AVEC ASSURANCES PRIVÉES**

- Si le patient possède des assurances, l'intervenant doit faire une demande de soumission auprès des assureurs pour le paiement des fournitures avant tout. Aucune décision de la part du fiduciaire n'est rendue sans la réponse des assurances.
- Il faut faire une définition des besoins en fournitures, obtenir une soumission d'un fournisseur privé et la soumettre aux assurances. Obtenir dans les meilleurs délais une lettre confirmant ou infirmant leur décision. Si l'assureur refuse de fournir une réponse positive, nous envoyer un relevé d'assurance en rapport avec les achats effectués le cas échéant. En cas de négative (verbale ou écrite), ne pas effectuer d'achats car ceux-ci ne pourront pas être remboursés par le Programme.
- Par la loi 33 du Gouvernement du Québec sur l'assurance médicaments, les assureurs sont obligés d'offrir la couverture minimale de la RAMQ en ce qui a trait aux médicaments (solutions de gavage). Seuls les employés assurés via le Gouvernement du Canada pourraient avoir des problèmes de paiement. Pour tous problèmes ou différends avec les assureurs et pour connaître les recours possibles consulter ce site Internet :  
[www.accap.ca](http://www.accap.ca)
- Pour ce qui est du matériel, les contrats des assurés priment et ne sont régis par aucune loi ni obligation de leur part.
- Si l'assureur refuse de payer pour les fournitures, le matériel est fourni par le Programme.
- Si les assurances acceptent de payer pour les fournitures, la différence non remboursée peut être remboursée par le Programme.
- Pour obtenir un remboursement, fournir les éléments suivants à l'aide du formulaire de réclamation :
  1. Les factures originales ou les duplicata des achats effectués (aucune photocopie ou fax).
  2. Une copie (photocopie acceptée) du relevé d'assurance associé aux dépenses effectuées. Exemption si le montant remboursé ou à payer est indiqué clairement sur la facture d'achat.
- Si les assurances cessent en cours de traitement, le patient est couvert par le Programme.
- Si les assurances changent en cours de traitement, il faut refaire la procédure expliquée précédemment en ne présumant pas que la couverture reste la même.
- Si le patient atteint l'âge de 18 ans et qu'il est couvert par une assurance parentale ou autre, veuillez vérifier si l'assurance maintient sa couverture. Dans plusieurs cas, les assurances cessent et le patient est éligible à recevoir le matériel de gavage par le Programme Ministériel d'alimentation entérale. Ceci n'est cependant pas une règle immuable, d'où l'importance de la vérification. N'oubliez pas d'aviser le Programme pour tout changement.

## **DOCUMENTS À FOURNIR LORS DE CHAQUE RÉCLAMATION**

Le non-respect des exigences et/ou une différence entre le formulaire de réclamation et les documents reçus entraîneront un refus de paiement et le tout sera retourné.

Prévoir un (1) mois après la réception de la réclamation pour recevoir le paiement dû.

### **Les réclamations par fax ne sont pas admissibles.**

- Les factures originales d'achats ou les duplicata.
  - Aucune photocopie n'est admissible et sera retournée. Les pharmacies et fournisseurs sont habilités à donner ces documents. Il suffit de les demander lors de l'achat.
- Une copie (photocopie acceptée) du relevé d'assurance associé aux dépenses et expliquant clairement les montants remboursés par eux.
  - Le patient est exempté si la pharmacie ou fournisseur indique sur ses factures les montants remboursés ou à payer.
- Formulaires de réclamation dûment remplis que vous trouverez à la page 7.
  - Le patient reçoit un livret de formulaires (4) avec des dates prédéterminées. Il doit respecter les dates inscrites et aucun remboursement n'est fait ultérieurement pour une période précédente s'il a déjà réclamé pour cette période.
    - Période 1- 1<sup>er</sup> avril- 30 Juin
    - Période 2- 1<sup>er</sup> juillet – 30 septembre
    - Période 3- 1<sup>er</sup> octobre – 31 décembre
    - Période 4 – 1<sup>er</sup> janvier – 31 mars
- Si les dates suggérées ne conviennent pas, le patient doit nous le faire savoir par écrit en expliquant les raisons et une nouvelle proposition lui sera faite à cet égard. L'intervenant peut cependant jouer le rôle d'intermédiaire dans cette situation.
- Envoyez tous les documents demandés à l'adresse suivante :

**Remboursements – Assurances  
Programme Ministériel d'alimentation entérale  
3175 Côte Sainte-Catherine  
Étage 7 Bloc 6  
Montréal, Québec  
H3T 1C5**

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Nom du Patient : \_\_\_\_\_

Nom et no de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

\_\_\_\_\_

Adresse d'envoi du chèque : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : \_\_\_\_\_

Montant total réclamé (si possible) : \_\_\_\_\_ \$

Commentaires ou explications :

EXEMPLE

**RAPPEL : Le non-respect des exigences et/ou une différence entre le formulaire et les documents reçus entraîneront un refus de paiement et le tout vous sera retourné.**

**INCLURE : Vos factures originales, votre relevé d'assurance et le présent formulaire.**

**Remboursements – Assurances  
Programme Ministériel d'alimentation entérale  
3175 Côte Sainte-Catherine  
Étage 7 Bloc 6  
Montréal, Québec  
H3T 1C5**

## Fournisseurs de matériel médical

Voici quelques suggestions de fournisseurs de matériel médical pour les patients avec des assurances privées ou qui veulent se procurer du matériel supplémentaire. La plupart des pharmacies, centre de stomie et centre de fournitures médicales spécialisées peuvent également fournir ce genre de fourniture. Cette liste est exhaustive et aucunement commanditée.

<b>RÉGION DU BAS ST-LAURENT</b>		
Maison André Viger	619 boul. Wilfrid-Hamel, Québec, Qc. G1M 2T4	418-914-1213
<b>RÉGION DU SAGUENAY LAC-ST-JEAN</b>		
Maison André Viger	619 boul. Wilfrid-Hamel, Québec, Qc. G1M 2T4	418-914-1213
Distribution Médical Saguenay	1657 boul. St-Paul, Chicoutimi, Qc. G7J 3Y3	418-602-0662
<b>RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE</b>		
Pro Assist (Centre de Stomie du Qc)	355, rue du Marais Local 130, Québec, Qc. G1M 3N8	418-522-1268
Maison André Viger	619 boul. Wilfrid-Hamel, Québec, Qc. G1M 2T4	418-914-1213
Médico Concept	390 boul. Père-Lelièvre, Québec, Qc. G1M 1M8	418-686-6688
Médi-Sélect Ltée	670 rue Bouvier, Québec, Qc. G2J 1A7	418-623-3353
<b>RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC</b>		
Centre de Stomie de la Mauricie Inc	226 boul. Thibeau, Trois-Rivières, Qc. G8T 6Y1	819-378-4204
Le Groupe Medicus	3000 boul. Saint-Jean, Trois-Rivières, Qc. G9B 2M9	888-833-6381
<b>RÉGION DE L'ESTRIE</b>		
Centre Orthopédique CDD	126 rue Hériot, Drummondville, Qc. J2C 1J8	819-472-5417
Oxybec Médical Inc	981 rue King O, Sherbrooke, Qc. J1H 1S3	819-346-0555
Pharmacie Grondin Duval	10 rue Bruno-Dandeneault, Sherbrooke, Qc. J1G 2J1	819-563-4401

## Fournisseurs de matériel médical (suite)

RÉGION DE MONTRÉAL		
Caléa	4847 rue Levy, Saint-Laurent, Qc. H4R 2P9	514-335-3500
Maison André Viger Inc	6700 rue St-Denis, Montréal, Qc. H2S 2S2	514-274-7560
Mediquip	163- 175 av. Stillview, Pointe-Claire, Qc. H9R 4S3	514-697-8868
Premier Ostomy Center	6607 ch. Côte-des-Neiges, Montréal, Qc. H3S 2B3	514-940-9666
Dufort & Lavigne	8581 Place Marien, Montréal-Est, Qc. H1B 5W	514-528-2339 1-800-361-0655
RÉGION DE L'OUTAOUAIS		
Les Entreprises Médicales de L'Outaouais	131 boul. Gréber, Gatineau, Qc. J8T 6G6	819-205-9111
RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE		
Maison André Viger Inc	6700 rue St-Denis, Montréal, Qc. H2S 2S2	514-274-7560
RÉGION DE LA CÔTE-NORD		
Maison André Viger	619 boul. Wilfrid-Hamel, Québec, Qc. G1M 2T4	418-914-1213
RÉGION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA MADELEINE		
Jean-Coutu- Daniel Larendeau #138	79 rue Jacques Cartier, Gaspé, Qc. G4X 1M5	418-368-5501
RÉGION DE CHAUDIÈRE-APPALACHES		
Ultra Médic	1000 127 <sup>e</sup> Rue, local 103, St-Georges, QC. G5Y 2W7	418-227-6900
RÉGION DE LAVAL		
Michel Cullen Médical Inc	1040 boul. Michèle Bohec, Blainville, Qc. J7C 5E2	450-434-1920
Stomo Médical Laval	3241 Av. Jean-Béraud, Laval, Qc. H7T 2L2	450-786-0786
RÉGION DE LANAUDIÈRE		
Maison André Viger Inc	3340 boul. Taschereau, Greenfield Park, QC. J4V 2H6	450-465-7560
Michel Cullen Médical Inc	1040 boul. Michèle Bohec, Blainville, Qc. J7C 5E2	450-434-1920

## Fournisseurs de matériel médical (suite)

RÉGION DES LAURENTIDES		
Michel Cullen Médical Inc	1040 boul. Michèle Bohec, Blainville, Qc. J7C 5E2	450-434-1920
RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE		
Centre d'Équipement orthopédiques et de Stomisés de Sorel	265 boul. Fiset, Sorel, Qc. J3P 3P9	450-780-2825
Centre de Stomothérapie du Québec Inc	3180 ch. de Chambly, Longueuil, Qc. J4L 1N6	450-670-0600
Stomo Médical Longueuil	157 rue Saint-Charles O, Longueuil, Qc. J4H 1C7	450-928-4848
Pharmacie Bergeron, Jutras, Ménard	145 rue St-Charles O. Longueuil, Qc. J1G 2J1	819-563-4401

## **Tige à soluté**

Le patient, ayant une ePump, a droit à une tige à soluté de la part de notre programme d'aide le temps de son inscription.

Vous pouvez le référer à la liste des fournisseurs de la page précédente, ou bien tout autre fournisseur d'équipement médical pour l'achat.

Le numéro d'inventaire du produit suggéré est : AMG775751

- Le patient doit acheter la tige et nous faire parvenir la facture originale à l'adresse ci-dessous.
- Le maximum remboursable est de 100\$ (excluant les taxes et les frais de transport).
- Le remboursement se fait par le service de la comptabilité de notre hôpital.
- Prévoir environ 1 mois après la réception de la facture pour obtenir le remboursement.

Note importante : L'adaptation ou la modification de la tige à soluté demeurent aux frais du patient.

Adresse pour le remboursement :

**Tige à soluté- Remboursements**  
**Programme ministériel d'alimentation entérale**  
**3175 Côte Sainte-Catherine**  
**Étage 7 Bloc 6**  
**Montréal, Qc.**  
**H3T 1C5**

### **Note importante :**

Il est important d'indiquer à qui doit être effectué le remboursement avec la demande.



## Critères d'admissibilité au système fermé

Voici une clarification quant à l'admissibilité des patients au système fermé. Celle-ci vous guidera dans votre choix du mode d'administration désiré.

Ces mesures sont mises en pratique dans le but d'honorer notre mandat de gestion au moindre coût tout en n'affectant pas la vie et la santé du patient.

- Chaque demande en système fermé doit être justifiée. À la lumière des informations retenues, une décision sera rendue quant à l'admissibilité et devra être respectée.
- Voici quelques critères pouvant justifier une demande : Incapacité physique et/ou motrice importante combinées à une aide familiale et/ou extérieure insuffisante et/ou complexe. L'âge du patient et/ou de son répondant et/ou soignant peuvent être aussi pris en considération.
- Tous les patients de moins de 18 ans sont automatiquement refusés à moins d'entente particulière. Il est possible de l'obtenir si le patient (ou son répondant) désire payer la différence entre ce qui est offert et ce qui est demandé.
- Dans les cas de familles d'accueil et de ressources intermédiaires avec plusieurs bénéficiaires adultes sous gavage, le système fermé peut être envisagé.
- Toute demande ne correspondant pas aux critères précédents pourra quand même être faite avec des éléments justificatifs pertinents et sera évaluée.

## MATÉRIEL NON COUVERT SANS EXCEPTION

- Compresse à trachéostomie (compresses prédécoupées)
- Compresse stériles et compresses tissées
- Tiges montées (coton tiges)
- NACL.9, eau stérile
- Gants stériles et non stériles
- Aiguilles pour seringues
- Cathéter à succion
- Masques
- Piqués (protecteurs de matelas)

## DURÉE DE VIE DU MATÉRIEL\*

<b>Sacs avec tubulure intégrée</b>	3 jours
<b>Tubulure à fiche perforante ou <i>spikeright</i></b>	1 jour ou 1 par bouteille/sac
<b>Seringues</b>	1 semaine pour hydratation 3 jours si bolus/gavage à la seringue
<b>Adaptateurs pour seringues</b>	1 mois
<b>Rallonges pour bouton de gastrostomie</b>	2 mois
<b>Bouton de gastrostomie de type Nutriport ou Mickey</b>	1 an et à la demande en cas de bris
<b>Bouton de gastrostomie de type Bard ou Entristar</b>	Sur demande / au besoin
<b>Connecteurs (adaptateurs) en ‘Y’</b>	2 mois
<b>Tubes N/G 8fr 42 po radiopaque</b>	1 semaine
<b>Tubes Naso-gastriques</b>	Péditube : 1 mois Corpak : 3 mois
<b>Compresse, diachylons, fixateurs de drain (Hollister drain)</b>	Selon l'évaluation clinique
<b>Sondes urinaires (Foley)</b>	1 par mois si pas de bouton 1 par année en cas de bris de bouton

\*Prendre note que ces durées d'utilisation sont basées sur des normes étudiées. Elles peuvent cependant varier selon le traitement du patient. Elles devront être cependant justifiées le cas échéant.

## ENTRETIEN DU MATÉRIEL

- Généralités

- Rincer le sac et la tubulure, les rallonges et les seringues après chaque gavage avec de l'eau tiède jusqu'à ce que l'eau soit claire.
- **Eau savonneuse** : 1 cuillère à soupe de savon à lave-vaisselle en cristaux dilué dans 125mL d'eau bouillante. Important de laisser tiédir avant l'utilisation.
- Une procédure spéciale a été établie pour le Néocate. Nous la demander si nécessaire.

- Système ouvert

- **Grand nettoyage 1 fois par 24 heures :**

- ❖ Bien rincer le sac à l'eau tiède jusqu'au retour d'eau claire.
- ❖ Mettre 250mL d'eau tiède et 1 cuillère à soupe d'eau savonneuse dans le sac et faire descendre dans la tubulure.
- ❖ Rincer à nouveau avec de l'eau tiède jusqu'au retour de l'eau claire (sans résidu de savon). Répéter tant que nécessaire.

- Système fermé

- Ne pas rincer la tubulure à fiche perforante ou *spikeright*.
- Ne pas toucher la fiche perforante ou *spikeright* avec les doigts pour éviter la contamination.
- Une seule tubulure par bouteille. Jeter avec la bouteille et ne pas réutiliser pour une autre bouteille. Suivre les indications prescrites pour les temps de suspension sur les bouteilles.

- Seringues et rallonges

- Le grand nettoyage des seringues et rallonges de gastrostomie se fait avec la même procédure que pour les sacs de gavage (voir système ouvert). Pour les rallonges de gastrostomie, mettre de l'eau savonneuse dans une seringue de 60mL diluée avec de l'eau tiède et faire rouler la tubulure entre les doigts afin de déloger les résidus qui restent collés. S'assurer qu'il ne reste aucun résidu de savon en rinçant avec de l'eau tiède tant que nécessaire.
- Le nettoyage et le rinçage se font toujours avec de l'eau tiède car l'eau chaude rend le plastique rigide, efface les chiffres sur les seringues et le piston devient collant.

- Pompes à gavage

- Il est important de bien nettoyer votre pompe de gavage pour minimiser les risques de bris, de mauvais fonctionnement, de contamination et de mauvais dosages. Se référer au guide d'utilisation pour l'entretien adéquat et aux pages 19 et 20 de ce guide.

**\*Dès qu'une problématique récurrente survient avec une fourniture il est important de nous aviser et de conserver cette fourniture défectueuse pour obtenir un remplacement.**

## **Politique de communication**

La politique de communication du Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec est en accord avec le guide de gestion établi avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) en 2001.

Cette politique est pratiquée dans le but d'avoir un meilleur contrôle des informations médicales concernant les patients et d'offrir le meilleur des services possibles.

Pour cette raison, nous suggérons aux patients de communiquer avec leur intervenant pour un service maximal.

La meilleure façon d'effectuer des requêtes ou pour toute demande d'information auprès du responsable du programme demeure le courriel que vous trouverez à l'adresse suivante :

[www.chu-sainte-justine.org/pmae](http://www.chu-sainte-justine.org/pmae)

ou par fax :

**514-345-4983**

ou par téléphone :

**514-345-4931 #2928**

## **Rôle et responsabilités de l'intervenant**

Voici des informations importantes concernant le rôle de l'intervenant. Si vous avez des patients inscrits au programme vous devez remplir ces obligations sauf si vous les avez délégué à un autre professionnel de la santé connaissant l'état de santé du patient et pouvant assumer ces responsabilités.

- Savoir reconnaître l'admissibilité du client au programme. Une demande d'inscription ne peut pas être complétée par le client lui-même ou par un tiers responsable.
- S'assurer de l'évaluation des besoins du client pour le départ.
- Acheminer la demande d'inscription au fiduciaire (CHU Sainte-Justine).
- S'assurer du suivi de la clientèle et aviser le fiduciaire de toute modification concernant l'usager (décès, transfert en CHSLD ou autre institution conventionnée, changement d'adresse, changement d'intervenant, changement dans les fournitures ou de la fin des traitements).

## **Bris de pompe\***

En cas de défectuosité ou problématique la pompe veuillez utiliser ce numéro de téléphone en mentionnant que le patient est inscrit au Programme Ministériel d'alimentation entérale :

**Cardinal Health : 1-800-268-7916 (Pièces et services)**

**\*Assurez-vous d'avoir établi une procédure d'urgence en cas de bris de pompe.**

Il est possible d'avoir de la documentation sur les pompes en demandant au responsable du programme via les moyens connus (Outlook, fax ou téléphone).

## **Inactivité du dossier**

Voici des points importants à respecter pour conserver le dossier ouvert et en règle.

En cas de non-respect de ces conditions le dossier sera fermé. Cependant, une ultime vérification avec le dernier intervenant connu au dossier sera faite avant toute action définitive.

- Si le patient ne commande pas de matériel au-delà d'une période dépassant 1 an . Cependant nous tiendront compte de la particularité de chaque dossier. Une vérification auprès du dernier intervenant ou du patient lui-même sera faite avant toute fermeture définitive.
- Si le patient possède des assurances privées, il faut s'assurer de faire des réclamations au minimum une (1) fois par année. Après une année entière sans réclamation, le dossier est fermé. Il faut s'assurer aussi de respecter les années financières, soit du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année suivante, car nous ne pouvons pas revenir en arrière pour les paiements si l'année financière est terminée.
- Il faut nous aviser de tout changement d'adresse. En cas de retour de courrier ou de fourniture dû à un déménagement non communiqué nous fermerons le dossier après vérification avec le dernier intervenant connu au dossier.
- Si du matériel nous est retourné sans nous en expliquer la raison, le dossier sera fermé en considérant que les traitements sont terminés.

## **Retour de matériel**

**Voici quelques points à retenir.**

- Le patient ou vous-même devez nous avvertir afin de nous informer de la fin des traitements.
- Retourner les boîtes de tubulures non ouvertes seulement. Vous assurez que vous retournez du matériel ayant une date d'expiration valide lors du retour.
- Ne pas retourner les solutions de gavage car celles-ci ne sont pas réutilisables de notre part.
- **Bien indiquer le nom du patient avec l'envoi ainsi que la raison du retour sur une feuille intégrée avec l'envoi.**

## **RETOUR POMPE**

Vous devez demander un numéro de retour autorisé (RGA) auprès du Service aux clients soit :

- Par téléphone : 1-800-268-7916
- Par courriel : [NTSC-SC@cardinalhealth.ca](mailto:NTSC-SC@cardinalhealth.ca)

Adresse :

**NTSC  
6201 Vipond Drive Door 5  
Mississauga, Ontario  
L5T 2B2**

## **RETOUR BOÎTES DE TUBULURES NON-OUVERTES**

- Si le patient ou son répondant peut se déplacer, rapporter tout le matériel au :

**Service liaison/ Consultation réseau  
CHU Sainte-Justine  
3175 Ch. De La Côte-Ste-Catherine  
Étage 7 bloc 6  
Montréal, QC  
H3T 1C5**

- Si incapable de se déplacer, utilisez ce service de **retour gratuit** en donnant l'adresse de retour mentionnée ci-dessus.

**Purolator : 1-888-744-7123**

**Numéro de compte : 4805832**

Note importante : Conserver le # de confirmation de votre retour. Il pourrait être demandé en cas de problématique ou de non-réception du retour.

Le matériel doit être retourné en bon état car il servira pour d'autres patients ayant besoin des mêmes services dont vous avez bénéficiés. Ne pas retourner du matériel ouvert ou déjà utilisé.

## **Conclusion**

Nous espérons que ce guide pratique vous aidera de façon pertinente.

Veillez vous y référer aussi souvent que possible.

Si jamais vous aviez des questions et que vous ne trouviez pas vos réponses dans ce guide, n'hésitez pas à nous contacter.



## PROCÉDURE DE VÉRIFICATION POUR POMPE ENTÉRALE KANGOUROU ePump

### 1. Procédure de nettoyage

**Attention : Débrancher la pompe de la prise électrique avant de la nettoyer. Une fois la pompe propre, ne pas la rebrancher avant de l'avoir parfaitement séchée ainsi que le cordon d'alimentation.**

- ✓ Nettoyage externe de la pompe
  - Utiliser un nettoyant doux. Si nécessaire, la pompe peut-être nettoyée avec un mélange de javelle et d'eau à 1 :10. De l'alcool iso-propylique à 70% peut également être utilisé.
  - Nettoyer la porte bleu délicatement à l'extérieure et à l'intérieure. (Figure 1)



Figure 1

- ✓ Nettoyage du cordon d'alimentation
  - Nettoyer le cordon d'alimentation avec un chiffon humecté de solution nettoyante et nettoyer la prise jusqu'au bout du cordon.
- ✓ Nettoyage des détecteurs de gouttes (Figure 2)
  - Utiliser un coton tige humecté de solution pour nettoyer les détecteurs de gouttes.

Un capteur encrassé peut causer une alarme « Erreur d'alim. » (Erreur d'alimentation)

- ✓ Nettoyage du rotor (Figure 3)
  - Nettoyer chaque rouleau ainsi que le centre du rotor à l'aide d'un coton tige bien humecté.
  - Bien essuyer les rouleaux et le rotor avant de remettre la pompe en service.



Figure 2



Figure 3

**N.B. Ne pas utiliser la pompe et l'envoyer au Génie Biomédical si :**

- Le cordon d'alimentation se retrouve mouillé ou du liquide pénètre à l'intérieur de la pompe pendant le nettoyage.





## PROCÉDURE DE VÉRIFICATION POUR POMPE ENTÉRALE KANGOUROU JOEY

### 1. Procédure de nettoyage

**Attention :** Débrancher la pompe de la prise électrique avant de la nettoyer. Une fois la pompe propre, ne pas la rebrancher avant de l'avoir parfaitement séchée ainsi que le cordon d'alimentation.

- ✓ Nettoyage externe de la pompe et du chargeur
  - Séparer la pompe du chargeur. (Figure 1)
  - Utiliser un nettoyant doux. Si nécessaire, la pompe peut-être nettoyée avec un mélange de javelle et d'eau à 1 :10. De l'alcool iso.70% peut également être utilisé.
  - Nettoyer la porte bleu délicatement à l'extérieure et à l'intérieure. (Figure 1)



Figure 1

- ✓ Nettoyage du cordon d'alimentation
  - Nettoyer le cordon d'alimentation avec un chiffon humecté de solution nettoyante et nettoyer la prise jusqu'au bout du cordon.
- ✓ Nettoyage des détecteurs de gouttes (Figure 2)
  - Utiliser un coton tige humecté de solution pour nettoyer les détecteurs de gouttes.

Un capteur encrassé peut causer une alarme « Erreur d'alim. » (Erreur d'alimentation)

- ✓ Nettoyage du rotor (Figure 3)
  - Nettoyer chaque rouleau ainsi que le centre du rotor à l'aide d'un coton tige bien humecté.
  - Bien essuyer les rouleaux et le rotor avant de remettre la pompe en service.



Figure 2



Figure 3

**N.B. :** Ne pas utiliser la pompe et l'envoyer au Génie Biomédical si :

- Le cordon d'alimentation se retrouve mouillé ou du liquide pénètre à l'intérieur de la pompe pendant le nettoyage.

## PROCÉDURE DE VÉRIFICATION POUR POMPE ENTÉRALE KANGAROO CONNECT

---

**Attention :** La pompe n'a pas été conçue pour être utilisée sous l'eau. Évitez d'immerger la pompe ou l'adaptateur d'alimentation dans l'eau ou toute autre solution de nettoyage. Le non-respect des procédures de nettoyage décrites aux présentes pourrait entraîner des risques pour les utilisateurs, les patients et les cliniciens.. À l'instar de tout dispositif électrique alimenté par courant alternatif, une attention particulière doit être portée pour empêcher tout liquide de pénétrer dans la pompe afin d'éviter tout risque de choc électrique, d'incendie ou d'endommagement des composants électriques.

**Attention :** Débrancher la pompe de la source d'alimentation en courant alternatif avant de procéder au nettoyage. Après le nettoyage, ne branchez pas la pompe et l'adaptateur d'alimentation à une source A/C tant qu'ils ne seront pas complètement secs.

Si l'une des situations suivantes survient, **n'utilisez pas** la pompe tant qu'elle n'aura pas été correctement nettoyée et séchée. Pour obtenir de l'aide, communiquez avec le service à la clientèle :

- Mouillage de l'adaptateur d'alimentation de la pompe
- Fuite à l'intérieur de la pompe

### **Directives générales de nettoyage**

#### **Produits chimiques utilisés pour le nettoyage :**

Le nettoyage doit être effectué au moyen de produit vaisselle standard. Ce détergent doit être dilué à raison de 20 volumes d'eau pour 1 volume de détergent.

Essuyer la pompe avec un papier essuie-tout humidifié de solution nettoyante afin d'éliminer toute saleté visible. Utiliser une brosse pour éliminer la saleté dans les crevasses difficiles d'atteinte.

**Attention : L'utilisation de produits nettoyants et de désinfectants autres que ceux décrits dans le mode d'emploi risque d'endommager la pompe et d'annuler la garantie.**

#### **Fréquence de nettoyage :**

Il est recommandé de nettoyer la pompe après chaque utilisation du groupe d'alimentation pendant au moins 30 secondes afin d'empêcher toute contamination bactérienne de la pompe. De plus, tout manquement à nettoyer la pompe peut nuire au bon fonctionnement du rotor de la pompe, ce qui peut accroître la fréquence d'occurrence d'alarmes d'erreur et d'avertissement. Veuillez voir ci-dessous pour obtenir des méthodes de nettoyage de chaque composant.

#### **Directives de nettoyage du boîtier de la pompe**

- Consulter les « Directives de nettoyage général » avant de commencer.
- Nettoyez la surface extérieure à l'aide d'un chiffon ou d'une éponge humide et d'un détergent doux.
- Pour les endroits difficiles d'atteinte, il est possible de passer la pompe sous l'eau courante. Évitez d'immerger la pompe ou de la nettoyer avec un bec sous pression; cela excède la cote d'étanchéité de la pompe. Le boîtier de la pompe a une cote d'étanchéité de type « étanche aux jets d'eau ». Ceci indique qu'il est possible de nettoyer la pompe sous l'eau courant ou de l'essuyer avec un chiffon humide.

## **Directives de nettoyage d'adaptateur de la pompe**

- Consulter les « Directives de nettoyage général » avant de commencer.
- L'adaptateur d'alimentation ne doit pas être nettoyé, sauf s'il est sale.
- Si le nettoyage de l'adaptateur d'alimentation est nécessaire, débranchez-le de la prise puis nettoyez les surfaces extérieures de la fiche murale avec un chiffon humidifié par de l'alcool isopropylique.
- Laissez l'humidité en excès s'évaporer du cordon avant d'utiliser l'adaptateur d'alimentation.
- **Attention : Le nettoyage de l'adaptateur d'alimentation à l'aide d'un chiffon humide, sous de l'eau courante ou en l'immergeant entraînera la détérioration de l'unité!** L'adaptateur est coté IPXO, ce qui signifie qu'il n'est pas étanche.

**Attention : Éviter d'exposer l'adaptateur d'alimentation à un surplus d'humidité; cela peut entraîner un risque de choc électrique ou d'incendie.**

## **Entretien préventif**

Cette pompe peut être testée régulièrement pour assurer un fonctionnement adéquat et sécuritaire. Le test peut être effectué par le département d'ingénierie biomédicale de l'utilisateur, par un service externe ou par le service d'usine de Cardinal Health.

Pour obtenir un service d'entretien d'usine de la part de Cardinal Health, appelez au 1-800-268-7916.

En cas de mauvais fonctionnement de la pompe, veuillez communiquer avec votre représentant Cardinal Health ou appelez au service à la clientèle pour obtenir des directives.

## **Directives générales de désinfection**

### **Désinfectants chimiques :**

La pompe peut être désinfectée en mouillant ses surfaces avec une solution constituée de 10 volumes d'eau pour 1 volume de javellisant au chlore pendant au moins 10 minutes. Pour mouiller les dispositifs, utilisez au moins deux chiffons non pelucheux imbibés de javellisant et passez-les sur les dispositifs de manière à ce qu'ils conservent un aspect mouillé pendant 10 minutes. Des nettoyages répétés à l'aide de cette solution risquent d'endommager le boîtier en plastique.

### **Fréquence de désinfection :**

Il faut nettoyer et désinfecter la pompe après chaque utilisation, lorsque ces appareils sont utilisés pour plusieurs patients. Cela vise à éviter la propagation de bactéries, virus et autres microbes entre les patients qui interagissent avec la même pompe.

# **ANNEXE**

**FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ  
DU PROGRAMME MINISTÉRIEL  
D'ALIMENTATION ENTÉRALE  
À DOMICILE DU QUÉBEC**

## Liste des points importants d'une demande

Voici une liste des points importants à respecter lorsque vous faites une demande au Programme Ministériel d'alimentation entérale. Toute omission ou manque d'information entraînera un délai dans le traitement de la demande.

**Cocher cette liste et la retourner avec les pièces justificatives de la demande**

	OUI	NON
Toutes les parties du questionnaire ont été complétées.		
Le patient ou son répondant a pris connaissance du fonctionnement et de l'implication de son inscription présente et le formulaire a été signé par le patient ou son répondant.		
La signature du médecin prouvant que la situation du patient est irréversible et/ou permanente et/ou à long terme est jointe à la demande.		
Justification du système fermé, si applicable.		
L'établissement qui assumera le suivi avec le programme a été avisé de cette demande. Le faire en cas de réponse négative.		
Le patient possède des assurances privées.		
Lettre d'acceptation ou de refus des assurances privées (si applicable) jointe à la demande.		
Le patient habite une résidence privée non conventionnée par le Gouvernement.		
Une demande a été faite à <b>tous</b> les organismes susceptibles de pouvoir fournir une aide quelconque du patient en rapport avec cette demande lorsque applicable (Aide sociale, curatelle publique, anciens combattants, CSST, SAAQ, IVAC, Affaires Indiennes ou tout autre organisme pouvant être en relié au patient).		
Le bénéficiaire reçoit déjà de l'aide partielle ou totale d'un autre organisme. (Le cas échéant, nous expliquer de quelle façon cette aide est prodiguée)		
La durée du gavage est connue ou déterminée		
Le gavage sera : <input type="checkbox"/> court terme (- 2 ans) <input type="checkbox"/> long terme (+ de 2 ans)		

# PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE À DOMICILE DU QUÉBEC

Mandataire:  
CHU SAINTE-JUSTINE  
SERVICE DE LIAISON / CONSULTATION RÉSEAU

Identification du bénéficiaire

**Chaque partie doit être dûment complétée.  
Toute omission entraînera un retard dans le traitement  
de la demande.**

\* Plaquer la carte d'hôpital ou écrire les informations  
du bénéficiaire ci-dessous

## 1. Identification du bénéficiaire

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe F  M   
aa mois jour

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse permanente :

\_\_\_\_\_

No	rue	apt	ville	code postal
----	-----	-----	-------	-------------

Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numéro d'urgence : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numéro cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Langue de communication : français  anglais  autre

Nom du représentant du bénéficiaire (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Lien avec bénéficiaire : Père-mère  Tuteur-trice  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

## 2. Identification de l'établissement référent

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

par : \_\_\_\_\_ fonction : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Numéro de fax : \_\_\_\_\_

## 3. Identification de l'intervenant et/ou de l'établissement qui assumera le suivi avec le programme

Intervenant(e) : \_\_\_\_\_ fonction : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

4. **Admissibilité**

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Lieu de pratique : \_\_\_\_\_

No de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature du médecin attestant la présente demande : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire déjà à domicile OUI  NON

Si non date de sortie prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aa mois jour

Diagnostic principal du bénéficiaire\* : \_\_\_\_\_

\*La signature du médecin est garante du diagnostic. Le diagnostic doit être relié à la présente demande et en rapport avec la déficience à s'alimenter.

Prendre note que le bénéficiaire doit habiter dans une résidence privée. Si le lieu de résidence du bénéficiaire est un établissement conventionné par le MSSS, il n'est pas éligible.

L'équipement ou les fournitures requises peuvent-ils être financés en tout ou en partie par un autre organisme :

SAAD  Sécurité du revenu  CSST  IVAC

RAMQ  SAAQ  Autres \_\_\_\_\_

Assurances privées\*\* : \_\_\_\_\_

\*\*Joindre la lettre d'acceptation ou de refus des assurances privées à la demande

Expliquez à quel niveau ou de quelle façon cette aide est prodiguée :

---

---

---

---

**5. Engagement du bénéficiaire (complété par le bénéficiaire ou son répondant)**

Engagement à collaborer à l'exécution du plan de services

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, résidant au

\_\_\_\_\_ déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité. Je m'engage à aviser sans délai le service du CHU Sainte-Justine de tout changement dans ma situation ou dans la situation de \_\_\_\_\_ qui rendrait inexacts les renseignements que j'ai fourni pour l'étude de ma demande (ou de sa demande).

Je m'engage à collaborer à l'exécution de mon plan de services (ou de son plan de services).

Dans l'éventualité où le CHU Sainte-Justine accorderaient de l'aide matérielle pour assurer la mise en œuvre du plan de services, je m'engage à utiliser cette aide matérielle aux seules fins qui seront décrites dans la lettre d'acceptation qui énumère chaque élément pour lequel l'aide matérielle est octroyée. De plus, je m'engage à aviser le CHU Sainte-Justine si les appareils ou équipements pour lesquels de l'aide matérielle est octroyée ne sont plus utilisés, et ce, afin de permettre à cet organisme de les attribuer à d'autres personnes.

Par la présente, j'autorise le CHU Sainte-Justine à demander ou à donner les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de mon plan de services (du plan de services de \_\_\_\_\_) à des personnes ou organismes concernés et compétents dans le domaine.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fait (ou pour qui

\_\_\_\_\_  
Signature du (de la) représentant(e) s'il y a lieu

Veillez noter que la personne doit signer si elle est âgée de 14 ans et plus.

N.B. Cette représentation n'a lieu que si la personne Pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans mais incapable d'administrer ses biens.

Identification de la personne qui s'engage à collaborer à l'exécution du plan de services.

- Personne elle-même     Père-mère     Tuteur-trice     Famille d'accueil  
 Conjoint(e)     Curateur-trice     Autres (précisez) \_\_\_\_\_



Identification de la fourniture		Fréquence d'utilisation prévue
<input type="checkbox"/> Pompe : _____	Enseignement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Tubulures # _____ (Système fermé)	<input type="checkbox"/> Sacs de gavage # _____ (Système ouvert)	
<input type="checkbox"/> Sacs de gravité #8884702500	<input type="checkbox"/> Sacs de gravité #702505	
<input type="checkbox"/> Seringues embout cathéter (2oz)	<input type="checkbox"/> Seringues luer-lock (60cc)	<input type="checkbox"/> Seringues ENFIT (60ml)

## 6. Alimentation

Solution : _____
Voie d'administration : <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIE <input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNJ <input type="checkbox"/> JÉJUNOSTOMIE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____
Quantité quotidienne de solution administrée : _____

Autres demandes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du professionnel ayant complété la demande :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Faire parvenir ce formulaire par courriel à l'adresse « [programme.ministériel.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:programme.ministériel.hsj@ssss.gouv.qc.ca) » ou au CHU Sainte-Justine, Service de Liaison / Consultation Réseau, par courrier ou télécopieur à l'attention de :

Programme ministériel d'alimentation entérale à domicile  
 3175 Côte Ste-Catherine  
 Étage 7 Bloc 6  
 Montréal (Qc) H3T 1C5 Téléphone : 514-345-4931 #5725 / Télécopieur : 514-345-4983

## List of important points when making a request

Below is a list of important points to remember when making a request to the MSSS Enteral Nutrition Program. Any omission or missing information will result in a delay in handling the request.

### Check off and return this list with documents supporting your request

	YES	NO
All parts of the questionnaire have been completed.		
The patient or respondent is aware of how the program works and what enrolment in the program involves and the form has been signed by the patient or respondent.		
The physician's signature attesting to the fact that the patient's condition is irreversible and/or permanent and/or long-term is attached to the request.		
Justification for requesting a closed system is included, if applicable		
The institution that will follow up with the program has been notified of this request. If not, this should be done.		
The patient has private insurance.		
The acceptance or refusal letter from the private insurer (if applicable) is attached to the request.		
The patient lives in a private residence that is not subsidized by the government.		
A request has been made to <b>all</b> agencies that could provide the patient with some form of assistance in relation to this request where applicable (social welfare, public curator's office, Veterans Affairs, CSST, SAAQ, IVAC, Canadian Cancer Society, Indian Affairs or any other agency with which the patient may be associated.)		
The patient already receives partial or total assistance from another agency. (If applicable, explain how this aid is provided.)		
The duration of tube feeding (gavages) is known or determined.		
<input type="checkbox"/> short term (less than 2 years) <input type="checkbox"/> long term (more than 2 years)		



**4. Eligibility**

Treating physician \_\_\_\_\_

Place of practice: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extension: \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature of physician attesting to this request: \_\_\_\_\_

Patient already at home YES  NO

If no, anticipated date of discharge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
year month day

User's primary diagnosis\*: \_\_\_\_\_

**\*The physician's signature guarantees the diagnosis. The diagnosis must relate to the current request and involve an inability to obtain nutrition by swallowing.**

**Note that the patient must live in a private residence. Any patient residing in an institution that is subsidized by the MSSS is ineligible.**

**Can the required equipment and supplies be funded in whole or in part by another agency?**

SAAD       Income security       CSST       IVAC   
RAMQ       SAAQ       Other \_\_\_\_\_

Private insurance\*\*: \_\_\_\_\_

**\*\*Attach the acceptance or refusal letter from the private insurer to this request**

**Explain what level and what means of assistance is provided:**

---

---

---

---

5. Patient Agreement (completed by the patient or respondent)

Agreement to collaborate in the implementation of the service plan

I, the undersigned, \_\_\_\_\_, residing at

\_\_\_\_\_  
declare that, to the best of my knowledge, the information provided is complete and truthful. I agree to notify CHU Sainte-Justine without delay of any change in my situation or the situation of \_\_\_\_\_ that would render the information that I have provided for consideration of my (his/her) request inaccurate.

I agree to collaborate in the implementation of my (his/her) service plan.

In the event that CHU Sainte-Justine accepts to provide material assistance to ensure the implementation of the service plan, I agree to use this material assistance strictly for the purposes described in the letter of acceptance, which lists every item for which the material assistance is granted. In addition, I agree to notify CHU Sainte-Justine if the devices or equipment for which the material assistance is granted are no longer being used, so that this agency can assign them to other individuals.

I hereby authorize CHU Ste-Justine to request or release information that is deemed necessary to evaluate and handle my service plan (the service plan of \_\_\_\_\_) to competent individuals or agencies involved.

In witness whereof, I have signed at \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
City or town

\_\_\_\_\_  
Signature of the person making the request

Note that the person must sign if 14 years of age or older.

\_\_\_\_\_  
Signature of representative (if applicable)

NB: Such representation is only possible if Whom the request is being made is under 18 years of age or over 18 years of age but incapable of managing his/her affairs.

Identification of the person agreeing to collaborate in the implementation of the service plan

- Person himself/herself     Father-mother     Guardian     Host family  
 Spouse     Curator     Other (specify) \_\_\_\_\_

Identification of supplies		Anticipated frequency of use
<input type="checkbox"/> Pump : _____	Teaching : <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Feeding tubes # _____ (Closed system)	<input type="checkbox"/> Feeding bags # _____ (Open system)	
<input type="checkbox"/> Gravity bags #8884702500	<input type="checkbox"/> Gravity bags #702505	
<input type="checkbox"/> Catheter plugs serynges (2oz)	<input type="checkbox"/> Luer-lock tip serynges (60cc)	<input type="checkbox"/> ENFIT serynges (60ml)

## 6. Nutrition

<b>Solution:</b> _____
<b>Administration route:</b> <input type="checkbox"/> GASTROSTOMY <input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNJ <input type="checkbox"/> JÉJUNOSTOMY <input type="checkbox"/> OTHER : _____
<b>Daily quantity of solution administered:</b> _____

**Other requests:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature of the professional who completed the request form:**

\_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

Send us this form by email at "programme.ministeriel.hs@ssss.gouv.qc.ca" or mail it to CHU Sainte-Justine, Service Liaison/Consultation Réseau or fax to:

Programme Ministériel d'alimentation entérale  
3175 Côte Sainte-Catherine  
Étage 7, Bloc 6  
Montréal, QC. H3T 1C5    Tel.: 514-345-4931 ext. 5725 / Fax : 514-345-4983