



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

GUIDE PRATIQUE À L'INTENTION DES INTERVENANTS DU PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE DU QUÉBEC

JUILLET 2024

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	
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

ANNEXE

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

Introduction

Le guide pratique des intervenants **des patients du** Programme ministériel d'alimentation entérale du Québec a pour **objectif d'accompagner les nutritionnistes et autres** professionnels de la santé dans leur rôle respectif auprès des patients bénéficiant de ce programme. Il fournit des informations détaillées et des procédures **à suivre afin de** faciliter la prise en charge des patients, **du moment de l'inscription (demande)** jusqu'au suivi régulier, en passant par la gestion des assurances privées, les remboursements et les **commandes** de fournitures. **En complément du guide de gestion du Programme, ce guide est un outil de références pour les intervenants. Vous pourrez le consulter régulièrement afin de connaître les quotas annuels par patient, la liste de matériel du Programme, les coordonnées de quelques fournisseurs privés et une foule d'informations bénéfiques qui vous aidera dans votre travail au quotidien.**

La collaboration entre le PMAE et les professionnels est souhaitable et primordiale afin de soutenir les patients gavés et ainsi prioriser leurs besoins.

Ce guide est également disponible sur notre site internet :

www.chu-sainte-justine.org/pmae

CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE

1. Vous remplissez et envoyez au Programme ministériel le Formulaire d'admissibilité pour l'acquisition d'équipements ou fournitures entérales. Si le patient a des assurances privées, suivez la procédure décrite à la section 6.
2. Si un enseignement sur l'utilisation de la pompe est nécessaire, un représentant vous contactera dans les 24 à 72 heures pour planifier une séance.
3. Le patient recevra ses fournitures pour la pompe selon les ententes prises avec le représentant. Le reste du matériel sera livré à son domicile dans les 10 jours suivant la demande.
4. Par la suite, le patient commande ses fournitures à l'aide du bon de commande.

Important :

- Tout changement de fourniture doit être corroboré par un intervenant.
- Les demandes urgentes (hors bon de commande) sont acceptées si elles sont faites par un intervenant.
- Aucun remboursement ne sera effectué pour les achats personnels du patient.

Quotas acceptés par année

Matériel pompe OMNI	Quantité annuelle maximale	
Tubulures système ouvert : #ZB10FD (sac mou 1000ml)	120	
Tubulures système fermé : #ZBSPFD	365	
Matériel pompe EPUMP		
Tubulures système ouvert : #773656 (sac mou 1000ml)	120	
Tubulures système fermé : #775659T	365	
Matériel pompe JOEY		
Tubulures système ouvert : #763656 (sac mou 1000ml)	120	
Tubulures système fermé : #765659	365	
Matériel pompe CONNECT		
Tubulures système ouvert : #77100FD (sac mou 1000ml)	120	
Tubulures système fermé : #77000FD	365	
Matériel par gravité		
Tubulures système ouvert : #8884702500(sac mou 1000ml)	120	
Tubulures système ouvert : #702505(sac mou 1000ml large débit)	120	
Système d'alimentation pour gastrostomie (bouton) et sondes Foley Nutriport, Mickey, MiniOne		1 unité/selon évaluation
Rallonges pour système d'alimentation (rallonges de bouton) Nutriport, Mickey, MiniOne		12

Seringues (pour nutrition et rinçage seulement)	
10cc LUER LOCK / 12ml ENFIT	100 (8 / mois)
50cc LUER LOCK / 50cc EMBOUT CATHÉTER	120 (240 bolus seringue)
60ml ENFIT	120 (240 bolus seringue)
Connecteur de transition	120
Tubes naso-gastriques	
8FR x 42po (radiopaque)	52
Corpak/Corflo	6
Peditube	12
Autres fournitures	
Hypafix (5cm x 10cm) (10cm x 10m) (15cm x 10m)	au besoin/selon évaluation
Transpore (diachylon transparent)	au besoin/selon évaluation
Micropore (diachylon fibre papier)	au besoin/selon évaluation
Elastoplast (diachylon rose)	au besoin/selon évaluation
Tegaderm	au besoin/selon évaluation
Duo-derm	au besoin/selon évaluation
Compresse (2x2 et/ou 4x4 non stériles)	au besoin/selon évaluation
Lubrifiant	au besoin/selon évaluation
Fixateur de drain (Hollister Drain #9781 ou #9782)	52
Connecteur (adaptateur) en Y pour PEG	6

MATÉRIEL NON COUVERT PAR LE PROGRAMME

Les articles suivants ne sont en aucun cas couverts par le Programme :

- Compresses à trachéostomie (prédécoupées)
- Compresses stériles et compresses tissées
- Tiges montées (coton-tige)
- NACL 0.9%, eau stérile
- Gants stériles et non stériles
- Aiguilles pour seringues
- Cathéter à succion
- Masques
- Piqués (protecteurs de matelas)

PATIENT SANS ASSURANCES PRIVÉES



Une aide financière est accordée sous forme de matériel pour répondre aux besoins alimentaires du patient. Le matériel est acheminé selon les modalités définies à l'ouverture du dossier.

Par la suite, le patient commande ses fournitures en utilisant le bon de commande et en le retournant :

- Par courriel : programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca
- Par télécopieur : 514-345-4983
- Par la poste :

CHU Sainte-Justine

Programme Ministériel d'Alimentation Entérale

3175 Côte Sainte-Catherine, Étage C Bloc 8

Montréal, Québec H3T 1C5

L'aide matérielle est accordée selon les besoins définis dans le Formulaire d'admissibilité pour l'acquisition d'équipements ou fournitures entérales. Référez-vous aux quotas et à la liste du matériel disponible.

Conditions d'admissibilité :

- Résidence privée non conventionnée
- Durée des traitements

Pour toute question, le patient doit contacter son intervenant.

INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ASSURÉS

Prise en charge des fournitures

- **Obligation de demande préalable** : Avant toute décision, vous devez impérativement soumettre une demande de prise en charge aux assureurs de votre patient.
- **Étapes de la demande** :
 1. Définissez précisément les besoins en fournitures de votre patient.
 2. Obtenez une soumission détaillée d'un fournisseur privé.
 3. Transmettez cette soumission aux assureurs du patient.
 4. Assurez-vous d'obtenir une réponse formelle (accord ou refus) dans les meilleurs délais.
 5. En cas de refus, joignez un relevé d'assurance précisant les achats couverts par la compagnie d'assurance.
- **Attention** : Aucun achat ne doit être effectué sans confirmation de prise en charge, faute de quoi le Programme ne pourra pas rembourser les frais engagés.

Couverture des médicaments

- **Minimum légal** : La loi québécoise oblige les assureurs à couvrir au moins les médicaments (solutions de gavage) prévus par la RAMQ. Des difficultés pourraient survenir uniquement pour les patients assurés par le gouvernement fédéral.

- **Ressources** : Pour toute question ou litige, consultez le site de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) : www.accap.ca avec votre patient ou son entourage.

Couverture du matériel

- **Absence de cadre légal** : La prise en charge du matériel est régie par les contrats d'assurance privés, sans obligation légale spécifique.
- **Solution de repli** : Si l'assureur refuse la couverture, le Programme fournira le matériel nécessaire.

AIDE FINANCIÈRE POUR VOTRE PATIENT ASSURÉ

Couverture des frais

Votre patient recevra une aide financière initiale pour couvrir la différence entre le coût des fournitures pour l'administration des gavages et le montant remboursé par son assurance privée. Cette aide est soumise aux quotas établis à la page 4 de ce guide.

Équipement fourni

Le Programme peut fournir uniquement la pompe de gavage.

Achat du matériel

Votre patient doit se procurer lui-même le matériel nécessaire à ses besoins alimentaires (voir la liste des fournisseurs à la page 10). S'il est couvert par son assurance, il peut demander un remboursement en suivant la procédure décrite à la page 8. Les remboursements sont soumis aux mêmes quotas que pour les patients sans assurance privée.

Fournitures non couvertes

Les fournitures non remboursées ou non couvertes par l'assurance de votre patient seront fournies gratuitement par le Programme. Vous devez indiquer les fournitures souhaitées, en vous assurant qu'elles ne sont pas couvertes par son assurance.

Remboursement de la solution de gavage

Votre patient peut également demander un remboursement pour la différence non remboursée par son assurance pour l'achat de la solution de gavage. La procédure est la même que pour le matériel.

Durée de l'aide

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

Votre rôle

En tant qu'intervenant, vous êtes le point de contact privilégié de votre patient pour toute question relative au Programme. Vous assurez le suivi avec le Programme et l'informez de tout changement dans la situation de votre patient.

Condition d'éligibilité

Pour que votre patient soit éligible à l'aide financière, il doit résider dans une habitation privée non conventionnée.

Remboursement par le Programme

- **Différence de coût** : Si l'assurance ne couvre pas l'intégralité des frais, le Programme peut rembourser la différence.
- **Marche à suivre** :
 1. Aidez votre patient à remplir le formulaire de réclamation.
 2. Joignez les factures originales ou duplicata (les photocopies et fax ne sont pas acceptés).
 3. Fournissez une copie du relevé d'assurance (sauf si le montant remboursé est indiqué sur la facture).

Changements de situation

- **Fin de l'assurance** : Le patient sera alors pris en charge par le Programme.
- **Nouvelle assurance** : Il faudra refaire une demande de prise en charge, car les couvertures peuvent différer.
- **Passage à l'âge adulte (18 ans)** : Vérifiez si l'assurance parentale (ou autre) continue de couvrir le patient. Il pourrait devenir admissible au Programme ministériel d'alimentation entérale. Informez le Programme de tout changement.

DOCUMENTS REQUIS POUR CHAQUE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Exigences

- **Factures originales ou duplicata** : Les photocopies ne sont pas acceptées. Les pharmacies et fournisseurs peuvent fournir ces documents sur demande.
- **Copie du relevé d'assurance** : Détaillant clairement les montants remboursés par l'assureur. Cette copie n'est pas requise si ces montants figurent sur les factures.
- **Formulaire de réclamation dûment rempli** : Les formulaires sont disponibles à la page 7 du livret fourni au patient.

Important

- **Délai de traitement** : Prévoir un délai d'un mois après réception de la demande pour le traitement et le paiement.
- **Refus de paiement** : Le non-respect des exigences ou une discordance entre le formulaire et les documents entraînera un refus de paiement et le retour de la demande.
- **Réclamations par fax** : Non acceptées.

Périodes de réclamation

Le patient dispose de quatre formulaires préremplis avec les périodes de réclamation suivantes :

- Période 1 : 1er avril - 30 juin
- Période 2 : 1er juillet - 30 septembre
- Période 3 : 1er octobre - 31 décembre
- Période 4 : 1er janvier - 31 mars

Modification des dates

Si les dates proposées ne conviennent pas, le patient ou son intervenant doit en informer le Programme par écrit, en expliquant les raisons et en proposant de nouvelles dates.

Adresse d'envoi

Veillez envoyer tous les documents requis à l'adresse suivante :

Remboursements – Assurances
Programme Ministériel d'Alimentation Entérale
3175 Côte Sainte-Catherine, Étage C Bloc 8
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 :

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**

Tige à soluté

Le Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec permet aux patients d'acquérir une tige à soluté pour faciliter l'administration du gavage. Le patient peut se référer à la liste des fournisseurs à la page ?, ou il peut choisir un autre fournisseur.

Remboursement de la tige à soluté : Une seule tige à soluté vous sera remboursée pour toute la durée du traitement. Le numéro d'inventaire du produit suggéré est : AMG775751.

Procédure de remboursement

1. Achetez la tige à soluté et assurez-vous que le nom du patient est inscrit sur la facture originale.
2. Envoyez la facture originale à l'adresse suivante :

Tige à soluté- Remboursements
Programme ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, QC.
H3T 1C5

Montant maximum remboursable :

Le montant maximum remboursable est de 100 \$ (taxes et frais de transport non inclus). Assurez-vous de bien remplir le formulaire de réclamation intitulé : Tige à soluté.

Délai de remboursement :

Prévoyez un délai de 30 jours après la réception de la facture pour obtenir le remboursement. Un délai plus long est possible en période de fort achalandage.

Note importante :

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

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU SYSTÈME FERMÉ

Afin de clarifier l'admissibilité des patients au système fermé et de faciliter votre choix du mode d'administration, voici un guide pratique.

Ces mesures visent à respecter notre mandat de gestion responsable des coûts, sans compromettre la santé et le bien-être des patients. En collaborant dans cette direction, nous pourrons continuer à offrir notre aide matérielle au plus grand nombre. Rappelons que notre programme est un soutien de dernier recours.

Chaque demande de système fermé doit désormais être justifiée. Une décision d'admissibilité sera prise en fonction des informations fournies et devra être respectée.

Critères pouvant justifier une demande :

- Incapacité physique et/ou motrice importante, combinée à une aide familiale et/ou extérieure insuffisante et/ou complexe.
- L'âge du patient et/ou de son répondant et/ou soignant peut également être pris en compte.

Cas particuliers :

- Patients de moins de 18 ans : Automatiquement refusés, sauf entente particulière (possibilité de payer la différence entre l'offre et la demande).
- Familles d'accueil et ressources intermédiaires : Le système fermé peut être envisagé pour les bénéficiaires adultes sous gavage.

Autres demandes :

Les demandes ne correspondant pas aux critères ci-dessus peuvent être soumises avec des justificatifs pertinents et seront évaluées.

Recommandations :

- Faites preuve de discernement et évitez les solutions de facilité pour prévenir les frustrations et les déceptions.

Nous espérons que ces clarifications vous seront utiles. N'hésitez pas à nous contacter pour toute question.

Durée de vie du matériel

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

- Notez que les durées d'utilisation sont basées sur des normes étudiées. Elles peuvent varier selon le traitement du patient. Elles devront être justifiées par un professionnel de la santé 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 DU PROGRAMME

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

Cette politique vise à assurer une meilleure protection des informations médicales de vos patients et à leur offrir le meilleur service possible.

Privilégiez le contact avec l'intervenant

Pour un service optimal, nous encourageons vos patients à communiquer en priorité avec vous, leur intervenant.

Contactez le responsable du programme

Pour toute requête ou demande d'information concernant le programme, vous pouvez contacter le responsable par :

- **Courriel** : programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca
- **Fax** : 514-345-4983
- **Téléphone** : 514-345-4931 #2928

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

***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^{er} 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 avertir 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

Adresse :

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

NTSC

RETOUR BOÎTES DE TUBULURES NON-OUVERTES

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

PMAE

**CHU Sainte-Justine
3175 Ch. De La Côte-Ste-Catherine
Étage C bloc 8
Montréal, QC
H3T 1C5**

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.

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 tous 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)		

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

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 où

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

Veillez noter que la personne doit signer si elle N.B. Cette représentation n'a lieu que si la personne est âgée de 14 ans et plus. 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
┘ Pompe : _____	Enseignement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
┘ Tubulures # _____ (Système fermé)	┘ Sacs de gavage # _____ (Système ouvert)	
┘ Sacs de gravité #8884702500	┘ Sacs de gravité #702505	
┘ Seringues embout cathéter (2oz)	┘ 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 : _____

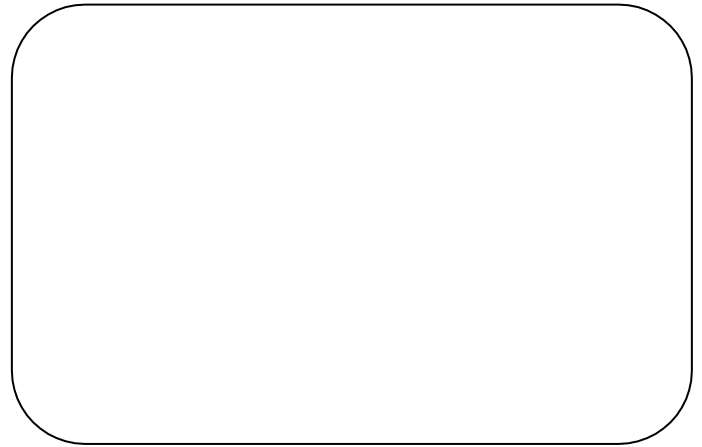
Faire parvenir ce formulaire par courriel à l'adresse « programme.ministériel.hsj@ssss.gouv.qc.ca » ou au CHU Sainte-Justine, Service de Liaison / Consultation Réseau, par courrier ou télécopieur à l'attention de :

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 all 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)		

PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE À DOMICILE DU QUÉBEC

Trust :
CHU SAINTE-JUSTINE
SERVICE LIAISON/CONSULTATION RÉSEAU

User identification

**Every section must be duly completed.
Any omission will result in a delay in handling the request.**

* Print the hospital card or write
the user's information below.

1. User identification

Last name _____ First name _____
Date of birth: ___/___/___ Gender F M
 year month day

Health insurance number _____/_____/_____

Permanent address:

_____ no street apt city/town postal code
Tel.: (___) _____ Emergency no. : (___) _____
Cell number: (___) _____ Email Address: _____
Language of communication: French English other

Name of user's representative (if applicable) _____

Relationship to user: Father/mother Guardian Other (specify) _____

2. Identification of referring institution

Name of institution: _____
Form completed by: _____ position: _____
Telephone number: _____ Extension: _____
Fax number: _____

3. Identification of healthcare worker and/or institution that will follow up with the program

Healthcare worker: _____ position : _____
Name of institution: _____
Telephone number: _____ Extension: _____
Email address: _____

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
representative (if
applicable)**

Signature of

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

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

6. Nutrition

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

Other requests:

Signature of the professional who completed the request form:

Date: _

Send us this form by email at “programme.ministeriel.hsj@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