

GUIDE PRATIQUE

POUR LA CLIENTÈLE DU PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE DU QUÉBEC

Document révisé novembre 2024

Table des matières

Mot de bienvenue	3
Patients sans assurances privées	4
Patients avec assurances privées	5
Points importants pour patients avec assurances privées	6
Quotas acceptés par année	7
Matériel non couvert sans exception	8
Commande de matériel	9
Durée de vie du matériel	10
Entretien du matériel	11
Procédures de nettoyage pour pompes entérales	12
MESURE D'URGENCE - BRIS DE POMPE	14
Retour de la pompe d'alimentation entérale	15
Retour de matériel	16
Dossier du patient	17
Réclamations	18
Tige à soluté	20
Fournisseurs de matériel médical	21
Annexe	23
Formulaires détachables	23

Mot de bienvenue

Bonjour,

Nous vous confirmons votre inscription au Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec. Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine est responsable de la gestion de ce programme d'aide. Ce programme a pour but, de vous offrir une aide matérielle et financière afin de répondre à vos besoins alimentaires spécifiques, tels que déterminés par votre intervenant. En adhérant au programme, vous avez consentis, conjointement avec le professionnel de la santé, à ce que le programme dispense un service d'aide aux termes de votre traitement de nutrition entérale.

Vous trouverez ci-joint un guide pratique regroupant toutes les informations essentielles concernant le programme, y compris celles fournies par votre nutritionniste ou autres professionnels de la santé lors de votre formation sur l'utilisation de la pompe. Nous vous recommandons de le lire attentivement et de le conserver à portée de main pour des références ultérieures.

Notre équipe professionnelle sera disponible pour vous accompagner dans vos démarches et répondre à vos questions tout au long de votre inscription au programme. Le respect et la courtoisie entre les patients et le personnel sont souhaitables.

Cordialement,

L'équipe du Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec

Patients sans assurances privées

Dans le cadre du Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec, vous bénéficiez d'une aide matérielle et du prêt d'une pompe d'alimentation entérale pour répondre à vos besoins alimentaires. Veuillez noter que cette pompe devra être retournée à la compagnie Cardinal Health lorsque votre traitement sera terminé.

Première commande et commandes ultérieures

Votre première commande de matériel vous sera livrée à domicile selon les besoins évalués par l'intervenant qui vous a inscrit au programme. Par la suite, vous devrez commander votre matériel directement au programme selon les modes suivants : courriel, poste, télécopieur ou téléphone. Les quotas de matériel auxquels vous avez droit annuellement sont indiqués dans le document ci-joint. Veuillez commander uniquement le matériel nécessaire à votre nutrition entérale.

Délais de traitement et de livraison

Tenez compte des délais de traitement et de livraison de vos commandes (jours ouvrables seulement) afin de prévoir votre réserve de matériel en conséquence.

Ajustements de matériel et besoins particuliers

Pour des demandes d'ajustement de matériel ou pour des besoins particuliers, veuillez contacter votre intervenant attribué à votre dossier. Si vous utilisez plus de matériel que les quotas alloués, vous devrez en assumer les frais. Les fournitures supplémentaires peuvent être achetées, mais ne seront pas remboursées par le programme.

Inactivité du dossier

Si aucune demande de remboursement ou commande de matériel n'est enregistrées pendant un an (12 mois), votre dossier sera fermé après vérification auprès de votre nutritionniste ou de votre dernier intervenant connu. Veuillez nous informer si vous cessez votre traitement par l'intermédiaire de votre intervenant.

Acquisition d'assurances en cours de traitement

Si votre statut change pendant votre inscription au programme et que vous souscrivez à une assurance privée, veuillez suivre la procédure décrite à la page 5, soit patient avec assurances privées.

Patients avec assurances privées

Dans le cadre du Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec, vous bénéficiez d'une aide financière pour couvrir la différence non remboursée par vos assurances privées pour l'achat du matériel nécessaire à votre nutrition entérale, selon les quotas établis en page 7. De plus, nous vous prêtons une pompe à nutrition entérale, qui devra être retournée à la compagnie Cardinal Health à la fin de votre traitement.

Achat du matériel et demande de remboursement

Vous devez vous procurer le matériel nécessaire auprès de fournisseurs. Une liste est jointe au guide, en page 21. Cette liste est pour vous aider dans vos démarches de recherche. Vous pouvez vous procurer le matériel chez le fournisseur de votre choix, même si celui-ci n'est pas listé. Pour obtenir un remboursement, suivez la procédure décrite en page 18, applicable uniquement si vos assurances couvrent ce type de fournitures.

Fournitures non remboursées ou non couvertes

Les fournitures non remboursées ou non couvertes par votre assurance vous seront fournies gratuitement par le programme. Veuillez nous fournir une preuve de refus de votre assureur afin de le joindre à votre dossier.

Remboursement pour la solution de nutrition entérale

Vous pouvez également demander un remboursement pour la différence non remboursée par vos assurances pour l'achat de votre solution entérale. La procédure demeure la même que pour le matériel. Cette aide financière est valable pour toute la durée de votre inscription au programme.

Inactivité du dossier

Si aucune demande de remboursement ou commande de matériel n'est enregistrées pendant une année complète (12 mois), votre dossier sera fermé après vérification auprès de votre nutritionniste ou de votre dernier intervenant connu. Veuillez nous informer de toute cessation de traitement par l'intermédiaire de votre intervenant.

Informations supplémentaires

Pour toutes questions, veuillez contacter votre nutritionniste ou votre intervenant pivot, qui se chargera de nous contacter si nécessaire.

Points importants pour patient avec assurances privées

Si vous possédez ou acquérez une assurance privée pendant votre traitement, veuillez suivre les procédures suivantes :

- Demande de soumission auprès de votre assureur. Votre intervenant doit d'abord faire une demande de soumission auprès de votre assureur pour le paiement des fournitures. Il vous fournira ensuite une liste du matériel nécessaire.
- Soumission d'un fournisseur privé à votre assurance. Vous devez obtenir une soumission d'un fournisseur privé et la soumettre à votre assurance. Obtenez une lettre de votre assureur confirmant ou refusant votre demande dans les meilleurs délais. N'effectuez aucun achat en cas de refus, car ils ne seront pas remboursés par le Programme Ministériel d'Alimentation Entérale.

Prise en charge par l'assurance

Si votre assurance accepte de payer les fournitures, la différence non remboursable sera couverte par le Programme.

Refus de l'assurance

Si votre assurance refuse de payer les fournitures, le matériel vous sera fourni par le Programme. Certains assureurs vont rembourser tout le matériel à l'exception d'un article, par exemple des seringues. À ce moment, vous pourrez commander les fournitures non remboursables au Programme et effectuer des réclamations pour le matériel couvert.

Changement d'assureur ou cessation d'assurance

Si vous changez d'assureur en cours de traitement, vous devrez refaire la procédure.

Si votre couverture d'assurance cesse, informez le Programme sans délai et le matériel vous sera fourni.

Patients atteignant l'âge de 18 ans

Si vous atteignez 18 ans et êtes couvert par une assurance parentale, vérifiez si la couverture sera maintenue. Dans certains cas, l'assurance cesse et vous pourriez devenir éligible au Programme Ministériel d'Alimentation Entérale. Veuillez nous informer de tout changement.

Couverture minimale de la RAMQ

La loi 33 du Gouvernement du Québec oblige les assureurs à offrir la couverture minimale de la RAMQ pour les médicaments et les solutions de nutrition entérale. Seuls les employés assurés via le Gouvernement du Canada pourraient rencontrer des restrictions de paiement.

- Pour tout problème ou différend avec votre assureur, consultez le site web de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) : www.accap.ca

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 : #765559	365
Matériel pompe CONNECT	
Tubulures système ouvert : #77100FD (sac mou 1000ml)	120
Tubulures système fermé : #77000FD	365
Matériel par gravité	
Tubulures système ouvert : #8884702500(ENF1203K)(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 10m) (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

(Tout excédent de matériel sera à vos frais)

Pour toutes fournitures non listées, veuillez-vous adresser à votre intervenant pour qu'il puisse soumettre une demande. Celle-ci sera évaluée et ajoutée à votre dossier si accepté.

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)

Notes importantes

Livraisons et délais des fournitures

Les fournitures peuvent être livrées en plusieurs envois et par différents transporteurs. Les délais de livraison sont de 5 à 10 jours ouvrable et peuvent varier en période de fortes activités. Une seule adresse de livraison est autorisée.

Changements de commande

Tout changement par rapport à la demande initiale doit être effectué par votre intervenant.

Un seul système de tubulures

Vous pouvez choisir un seul système de tubulures (ouvert ou fermé). L'alternance entre les deux systèmes sera à vos frais.

Problèmes avec les fournitures

Si vous rencontrez des problèmes récurrents avec une fourniture, informez votre intervenant et conservez la fourniture défectueuse pour obtenir un remplacement.

Commande de matériel

Procédure pour le renouvellement de matériel. Voici les options :

1- Par courriel : Envoyer votre courriel, en indiquant le matériel à renouveler ainsi que le nom et numéro de téléphone du patient à l'adresse suivante:

programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca

2- Par la poste : En remplissant le bon de commande (dans la section des formulaires du guide). Veuillez nous indiquer si vous avez besoin de nouveaux bons de commande. Envoyer à l'adresse suivante :

**Programme d'Alimentation Entérale- Commande
CHU Sainte-Justine
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C, Bloc 8
Montréal, QC
H3T 1C5**

3- Par télécopieur : En remplissant le bon de commande (dans la section des formulaires du guide). Envoyer au :

514-345-4983

4- Par téléphone : Laissez votre nom complet et votre numéro de téléphone au dossier. Dicter clairement le matériel demandé avec les codes associés au :

514-345-4931, poste 2928

- Lors d'une commande, il se pourrait que la quantité d'une fourniture soit limitée. Les quantités seront cumulées dans votre dossier. Il est important de respecter les quotas annuels. Ils sont calculés pour chaque fourniture et peuvent avoir des dates d'application différentes. Nous vous prions de porter une attention à votre réserve de matériel.

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 : 2 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

Conseils généraux :

- Après chaque utilisation : Rincez le sac, la tubulure, les rallonges et les seringues à l'eau tiède jusqu'à ce que l'eau soit claire. Préparez une solution avec 1 c. à thé de savon à lave-vaisselle liquide (non moussant), dilué dans 500 ml d'eau tiède.

Système de tubulures ouvert :

- Nettoyage quotidien, une fois par jour : Videz le sac de toute quantité restante de solution entérale. Mettre 500ml d'eau dans sac et y ajouter 1 c. à thé de savon à lave-vaisselle liquide et secouer le sac. Rincez abondamment à l'eau tiède jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de résidus de savon. Répétez si nécessaire.

Système de tubulures fermé :

- Ne rincez pas la tubulure avec la fiche perforante (Spikeright). Ne touchez pas la fiche : Évitez de toucher la fiche perforante avec les doigts pour prévenir la contamination. Une tubulure par bouteille : Utilisez une seule tubulure par bouteille et jetez-la avec la bouteille. Suivez les instructions sur la bouteille concernant la durée de conservation.

Seringues et rallonges :

- Nettoyage en profondeur : Nettoyez les seringues et les rallonges comme les sacs d'alimentation entérale (voir système ouvert). Pour les rallonges, utilisez une seringue de 60 ml remplie d'eau savonneuse à lave-vaisselle liquide (non moussant) tiède et faites rouler la tubulure entre vos doigts pour déloger les résidus. Rincez abondamment à l'eau tiède jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de savon.

Toujours utiliser de l'eau tiède : L'eau chaude pourrait endommager le plastique, effacer les graduations des seringues et rendre le piston collant.

Procédures de nettoyage pour pompes entérales

Pour les pompes Omni, Epump, Joey et Connect :

Nettoyage externe de la pompe et du chargeur

- Séparer la pompe du chargeur.
- Utiliser un nettoyeur doux. Si nécessaire, la pompe peut être nettoyée avec un mélange javellisant et d'eau à 1 :10. De l'alcool iso.70% peut également être utilisé.

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

- Utiliser un coton tige humecté de solution pour nettoyer les détecteurs de gouttes.
(Un capteur encrassé peut causer une alarme « Erreur d'alimentation. »)

Nettoyage du rotor

- 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.

Entretien préventif

Ces pompes peuvent être testées 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. Afin d'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.

ATTENTION : Débrancher la pompe de la prise électrique avant de la nettoyer. Une fois la pompe et le cordon d'alimentation propre, ne pas rebrancher avant de les avoir parfaitement séchés.

La pompe et l'adaptateur n'ont pas été conçus pour être utilisés sous l'eau ou pour être immerger dans toute autre solution de nettoyage. 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.

- **Ne brancher pas la pompe si l'adaptateur d'alimentation est mouillé**
- **Fuite à l'intérieur de la pompe**
- **Fuite à l'intérieur de l'adaptateur d'alimentation**

Si l'une de ces situations survient, n'utilisez pas la pompe et communiquez avec le service à la clientèle de Cardinal Health au: 1-800-268-7916

Pour en savoir plus sur la configuration, les directives d'utilisation et le dépannage du dispositif, visitez le site :

CardinalHealth.ca

Pour l'entretien, les réparations ou les retours :

gmb-can-ntsc-sc@cardinalhealth.com

[Téléphone: 1 800 268-7916](tel:18002687916) ou [Télécopieur: 1 866 666-0021](tel:18666660021)

MESURE D'URGENCE - BRIS DE POMPE

Nous vous avons fait parvenir dernièrement, une pompe de nutrition entérale OMNI, EPUMP, JOEY ou CONNECT en location de notre fournisseur Cardinal Health.

Voici la marche à suivre si votre pompe fait défaut.

- 1- Contactez la compagnie et mentionnez que vous êtes inscrits au Programme Ministériel. Des arrangements seront pris pour remplacer rapidement votre pompe. **Cardinal Health : 1-800-268-7916**
- 2- Alimentation entérale par gravité en cas d'urgence.

Assurez-vous d'avoir du matériel pour l'alimentation entérale par gravité, dans le cas où nous ne pouvons pas remplacer la pompe dans l'immédiat. Vérifiez avec votre professionnel de la santé que cette technique est permise dans votre condition et que celui-ci peut vous l'enseigner. L'administration de la nutrition entérale à la seringue peut également être envisagé, mais seulement si ceci a été approuvée par votre professionnel de santé.

** Contacter votre nutritionniste en premier lieu si vous n'avez aucun matériel pour l'alimentation entérale par gravité ou écrivez-nous à l'adresse suivante : programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca

- 3- Si aucune des solutions présentées précédemment n'est envisageable et que dans votre condition, l'administration de la nutrition entérale est un besoin vital, présentez-vous à la salle d'urgence du centre hospitalier de votre région.

Retour de la pompe à nutrition entérale

La pompe à nutrition entérale OMNI, EPUMP, JOEY, ou CONNECT que vous avez reçue en prêt du Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec doit être retournée à la compagnie Cardinal Health, dès la fin de votre traitement ou en cas de décès.

Deux options s'offrent à vous pour le retour :

1. **Contacteur Cardinal Health** : Appelez le service client au 1-800-268-7916 **ou** envoyez un courriel à GMB-CAN-NTSC-SC@cardinalhealth.com. Ils vous fourniront un bordereau de retour Purolator gratuit.
2. **Remettre la pompe à votre nutritionniste** : Si la première option n'est pas possible, remettez la pompe en main propre à votre nutritionniste qui se chargera de la retourner pour vous.

Important : Dans tous les cas, veuillez-nous informer sans délai de la fin de votre traitement et du retour de la pompe, que ce soit à la compagnie Cardinal Health ou à votre nutritionniste.



La pompe de nutrition entérale appartient à la compagnie Cardinal Health et non au réseau de la santé. Les 2 seules options de retour acceptés sont directement à la compagnie ou à votre nutritionniste qui se chargera de la retourner pour vous.

SVP, NE PAS REMETTRE la pompe au centre hospitalier, centre d'hébergement ou au CLSC car les pompes seront perdues.

Merci de votre collaboration.

Retour de matériel

Voici quelques points à retenir :

- Vous devez avertir votre intervenant pivot afin qu'il puisse nous informer de la fin de votre traitement.
- Le matériel doit être retourné en bon état car il sera désinfecté et offert à certains patients.
- Indiquez clairement le nom du patient avec l'envoi ainsi que la raison du retour sur une feuille, afin d'associer le retour au dossier du patient.
- Si vous pouvez vous déplacer, merci de nous rapporter le matériel au :

Programme Ministériel alimentation entérale / RETOUR
CHU Sainte-Justine
3175, Ch. De La Côte-Ste-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, QC
H3T 1C5

- Si vous ne pouvez pas vous déplacer, veuillez nous contacter pour obtenir un bordereau Purolator pour un **retour gratuit**, soit par téléphone au 514-345-4931 poste 2928 ou par courriel à l'adresse suivante: programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca
- **Très important** : conservez le numéro de confirmation de votre envoi. Il pourrait vous être demandé en cas de problèmes liée au retour de votre marchandise.



SVP, NE PAS RETOURNER les solutions entérales ni les produits expirés, ouverts ou déjà utilisés.

Dossier du patient

Dossier en vigueur : Afin de maintenir votre dossier actif et en règle dans le cadre du Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec, nous désirons vous informer des points suivants :

- Si aucune commande de matériel et/ou réclamation n'a eu lieu pendant 12 mois consécutifs, votre dossier pourrait faire l'objet d'une fermeture.
- Si vous avez des assurances privées : Assurez-vous de faire au minimum une réclamation par année financière soit du 1er avril au 31 mars de l'année en cours, afin de maintenir votre dossier actif.

Attention : Les factures datant de plus de 12 mois ne seront pas remboursées.

- Le retour de matériel sans explication et des colis non distribués en raison d'un changement d'adresse non communiqué ou des colis non réclamés au bureau de poste pourrait engendrer une fermeture du dossier.

Important :

Il est de votre responsabilité de nous informer de tout changement d'adresse pour garantir la continuité des services en lien avec votre traitement. Dans ce cas, veuillez nous envoyer un courriel avec les renseignements nécessaires à l'adresse suivante :

programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez également poster le formulaire à cet effet (dans la section des formulaires du présent guide) afin de nous signaler votre changement d'adresse à :

Déménagement / Changement d'adresse
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec

Réclamations

Lorsque vous faites une demande de réclamation, veuillez inclure les documents suivants :

- Factures originales ou duplicatas :

Joignez vos factures originales d'achat ou les duplicatas. Votre pharmacie et vos fournisseurs peuvent vous fournir ces documents sur demande. Veuillez envoyer uniquement les reçus couverts par le Programme (fournitures et solution de nutrition entérale). Les médicaments ne sont pas remboursés.

- Copie de votre relevé d'assurance :

Joignez une copie de votre relevé d'assurance associé à vos dépenses indiquant clairement les montants remboursés par votre assureur. Cette étape n'est pas nécessaire si votre pharmacie ou fournisseur indique ces montants sur les factures.

- Formulaires de réclamation dûment remplis :

Remplissez les formulaires de réclamation disponibles dans la section « Formulaires ». Vous disposez de 4 copies avec des dates prédéterminées. Lorsque vous n'avez plus de formulaires, indiquez-le dans la section commentaire de votre dernière réclamation et un nouveau livret vous sera envoyé.

- Envoi des documents par la poste :

Envoyez tous les documents demandés à l'adresse suivante :

Remboursements – Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5

- Envoi des documents par courriel :

Assurez-vous que les documents sont lisibles. Envoyez un seul courriel par demande de remboursement. Envoyez tous les documents demandés à l'adresse suivante :

programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Tige à soluté

Le Programme Ministériel d'alimentation entérale du Québec vous permet d'acquérir une tige à soluté pour faciliter l'administration de votre alimentation entérale. Vous pouvez vous référer à la liste des fournisseurs à la page 21, ou vous pouvez choisir un autre fournisseur.

Remboursement de la tige à soluté : Une seule tige à soluté vous sera remboursée pour toute la durée de votre 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 et du produit sont inscrits 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 \$ (Les taxes et frais de transport ne sont pas remboursables). 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.

Fournisseurs de matériel médical

Voici quelques suggestions de fournisseurs de matériel médical.

LIVRAISON PARTOUT AU QUÉBEC (commande téléphonique, en ligne, courriel et télécopieur)		
Caléa (Pharmacie B.H. Trinh et T.T. Nguyen.) Affilié Caléa au QC	4929 place Olivia, Ville Saint-Laurent (Québec) H4R 2V6 Assistance 24h	514-335-3500 1-800-335-1345
Maison André Viger Différents points de services 1-800-363-6703 (MTL) 1-844-914-1213 (QC)	Bas-St-Laurent, Saguenay Lac St-Jean, Capitale Nationale et Côte-Nord : 619 boul. Wilfrid-Hamel, Québec, QC. G1M 2T4 (commande) Montréal *8560 Rue St-Hubert, suite 120, Montréal, Québec H2P 1Z7 *5020, rue Wellington Verdun, Québec H4G 1Y1 Montréal 3340 boul. Taschereau, Greenfield Park, QC. J4V 2H6 Mauricie et Centre du Québec 4910 Boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec G8Y 2Z2	418-914-1213 1-844-914-1213 514-274-7560 1-800-363-6703 514-379-1328 1-450-465-7560 1-819-694-9694
Michel Cullen Médical Inc.	1040 boul. Michèle Bohec, Blainville, QC. J7C 5E2	450-434-1920 1-800-661-4441
Pharmaplus	2905 rue De Celles, Qc. G7J 3Y3 https://www.distributionpharmaplus.com	1-888-467-2004
Stomo médical 1-866-986-0786	Laval : 3241 Avenue Jean-Béraud, Laval, Québec, H7T 2L2 Longueuil : 157 Rue St-Charles Ouest, Longueuil, Québec, J4H 1C7 Chicoutimi : 1660 Boulevard Saint-Paul, Local 114, Chicoutimi, Québec, G7J 4N1 (Distribution Médicale Dépôt)	450 786-0786 450 928-4848 418 602-0662

RÉGION DU SAGUENAY LAC-ST-JEAN		
Distribution Médical Saguenay	1657 boul. St-Paul, Chicoutimi, QC. G7J 3Y3 commande	418-602-0662
RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE		
ProAssist (Centre de Stomie du QC)	355, rue du Marais Local 130, Québec, QC. G1M 3N8 https://pro-assist.ca/	418-522-1268
Ostomy Premier	2750, chemin Ste-Foy, bureau 8, Québec, QC , G1V 1V6 premierostomy.com	418-431-3900

RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC		
Centre de Stomie de la Mauricie Inc.	226 boul. Thibeau, Trois-Rivières, QC. G8T 6Y1	819-378-4204

RÉGION DE MONTRÉAL		
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

RÉGION DE L'OUTAOUAIS		
Les Entreprises Médicales de L'Outaouais	131 boul. Gréber, Gatineau, QC. J8T 6G6	819-205-9111

RÉGION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA MADELEINE		
Pharmacie Jean-Coutu Stéphanie Caron, Annabelle, Lachance Marielou Curadeau-Savage	79 rue Jacques Cartier, Gaspé, QC. G4X 1M5	418-368-5501

RÉGION DE CHAUDIÈRE-APPALACHES		
Ultra Médic	1000 127 ^e Rue, local 103, St-Georges, QC. G5Y 2W7	418-227-6900

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

Certains pharmaciens peuvent vous aider avec vos commandes de matériel entérale. Informez-vous auprès d'eux.

Annexe
Formulaires détachables

FORMULAIRE TIGE À SOLUTÉ
(Détachable)

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Montant total réclamé (sans les taxes) : _____ \$

INCLURE : Votre facture originale et le présent formulaire.

Tige à soluté – Remboursement
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 1

(Détachable)

PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL AU 30 JUIN

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

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

**Remboursements – Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5**

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 2
(Détachable)
PÉRIODE DU 1^{ER} JUILLET AU 30 SEPTEMBRE

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

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

Remboursements – Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 3
(Détachable)
PÉRIODE DU 1^{er} OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

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

Remboursements –Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 4
(Détachable)
PÉRIODE DU 1^{ER} JANVIER AU 31 MARS

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

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

Remboursements –Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT

Identification du patient

Nom et Prénom :
Adresse :
Ville et province :
Code postal :
No de téléphone :

Modalité de transmission du relevé des paiements par courriel seulement

Adresse courriel	
------------------	--

Autorisation : Par la présente, j'autorise le CHU Ste-Justine à déposer les sommes dues au compte spécifié sur le spécimen de chèque ci-joint. De plus, je m'engage à aviser le CHU Ste-Justine par écrit, des changements pouvant affecter le dépôt.

Date

Nom en lettre moulées

Signature

IMPORTANT: Joindre un spécimen de chèque avec la mention « ANNULÉ ».

<h2>JOINDRE UN CHÈQUE ANNULÉ ICI</h2>

Vous pouvez nous acheminer vos documents requis selon les 3 options suivantes :

Par la poste : CHU Sainte-Justine
Département de la comptabilité
3175 Côte Sainte-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1C5

Par courriel : comptes.payables.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Ou joindre les documents à votre demande de remboursement au Programme Ministériel d'alimentation entérale.

Pour information : 514-345-4931 poste 2928

Nous vous remercions de votre collaboration.

FORMULAIRE CHANGEMENT D'ADRESSE

Veillez nous poster ou nous envoyer un courriel avec les renseignements nécessaires

Aux adresses suivantes : :

programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca

**Déménagement / Changement d'adresse
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5**

PRÉNOM ET NOM	
NOUVELLE ADRESSE	
TÉLÉPHONE	
COURRIEL	

PRÉNOM ET NOM	
NOUVELLE ADRESSE	
TÉLÉPHONE	
COURRIEL	

FORMULAIRE BON DE COMMANDE PMAE

DATE : _____ PRÉNOM ET NOM : _____

TÉLÉPHONE 1 : _____ TÉLÉPHONE 2 : _____

ARTICLES	Quantité désirée	Quotas annuel maximum
POMPES ET TUBULURES (Cocher le numéro de référence du type de tubulure)		
POMPE OMNI (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : ZB10FD <input type="checkbox"/> Système fermé : ZBSPFD <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE EPUMP (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 773656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 775659T <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE JOEY (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 763656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 765559 <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE CONNECT (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 777100FD <input type="checkbox"/> Système fermé : 77000FD		120 /365 unités
MATÉRIEL GRAVITÉ (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 8884702500 (ENF1203K) <input type="checkbox"/> Système ouvert (large débit): 702505		120 unités
GASTROSTOMIE : BOUTON ET SONDES FOLEY (Cocher le type de bouton et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Minione: ____ FR ____ CM		1 unité et selon évaluation
<input type="checkbox"/> Nutriport: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Autre : ____ FR ____ CM		
RALLONGES POUR BOUTON DE GASTROSTOMIE (Cocher le type de rallonge et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey : Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		12
<input type="checkbox"/> Minione: Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
<input type="checkbox"/> Nutriport: Grandeur : _____ <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
SERINGUES (Cocher le type de seringue et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 10 CC <input type="checkbox"/> 12ml ENFIT		100 unités
<input type="checkbox"/> 50 CC embout Luer Lock <input type="checkbox"/> 50 CC embout Cathéter		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> 60ml ENFIT		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> Connecteur de transition (REF : 76500)		120 unités
TUBES NASO-GASTRIQUES (Cocher le type et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 8FR 42" radiopaque		52
<input type="checkbox"/> Corpak/Corflo : ____ FR ____ CM		6
<input type="checkbox"/> Péditube : ____ FR ____ CM		12
FIXATEURS DE DRAIN HOLLISTER (Cocher le type désirée)		
<input type="checkbox"/> 9781 <input type="checkbox"/> 9782		52
Connecteur (adaptateur) en Y pour (Cocher la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> FR 16 <input type="checkbox"/> FR 20 <input type="checkbox"/> FR 24 <input type="checkbox"/> ENFIT		6
AUTRES (Cocher l'item désiré)		
RUBAN: Hypafix (rouleau) : <input type="checkbox"/> (5cm x 10m) <input type="checkbox"/> (10cm x 10m) <input type="checkbox"/> (15cm x 10m)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Transpore (transparent) <input type="checkbox"/> Micropore (fibre papier) <input type="checkbox"/> Elastoplast (rose)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Duo-derm <input type="checkbox"/> Tégaderm		Selon évaluation
Compresses non stériles : <input type="checkbox"/> (2 X 2) <input type="checkbox"/> (4 X 4)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Lubrifiant		Selon évaluation

FORMULAIRE BON DE COMMANDE PMAE

DATE : _____ PRÉNOM ET NOM : _____

TÉLÉPHONE 1 : _____ TÉLÉPHONE 2 : _____

ARTICLES	Quantité désirée	Quotas annuel maximum
POMPES ET TUBULURES (Cocher le numéro de référence du type de tubulure)		
POMPE OMNI (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : ZB10FD <input type="checkbox"/> Système fermé : ZBSPFD <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE EPUMP (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 773656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 775659T <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE JOEY (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 763656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 765559 <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE CONNECT (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 777100FD <input type="checkbox"/> Système fermé : 77000FD		120 /365 unités
MATÉRIEL GRAVITÉ (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 8884702500 (ENF1203K) <input type="checkbox"/> Système ouvert (large débit): 702505		120 unités
GASTROSTOMIE : BOUTON ET SONDES FOLEY (Cocher le type de bouton et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Minione: ____ FR ____ CM		1 unité et selon évaluation
<input type="checkbox"/> Nutriport: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Autre : ____ FR ____ CM		
RALLONGES POUR BOUTON DE GASTROSTOMIE (Cocher le type de rallonge et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey : Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		12
<input type="checkbox"/> Minione: Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
<input type="checkbox"/> Nutriport: Grandeur : _____ <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
SERINGUES (Cocher le type de seringue et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 10 CC <input type="checkbox"/> 12ml ENFIT		100 unités
<input type="checkbox"/> 50 CC embout Luer Lock <input type="checkbox"/> 50 CC embout Cathéter		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> 60ml ENFIT		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> Connecteur de transition (REF : 76500)		120 unités
TUBES NASO-GASTRIQUES (Cocher le type et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 8FR 42" radiopaque		52
<input type="checkbox"/> Corpak/Corflo : ____ FR ____ CM		6
<input type="checkbox"/> Péditube : ____ FR ____ CM		12
FIXATEURS DE DRAIN HOLLISTER (Cocher le type désirée)		
<input type="checkbox"/> 9781 <input type="checkbox"/> 9782		52
Connecteur (adaptateur) en Y pour (Cocher la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> FR 16 <input type="checkbox"/> FR 20 <input type="checkbox"/> FR 24 <input type="checkbox"/> ENFIT		6
AUTRES (Cocher l'item désiré)		
RUBAN: Hypafix (rouleau) : <input type="checkbox"/> (5cm x 10m) <input type="checkbox"/> (10cm x 10m) <input type="checkbox"/> (15cm x 10m)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Transpore (transparent) <input type="checkbox"/> Micropore (fibre papier) <input type="checkbox"/> Elastoplast (rose)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Duo-derm <input type="checkbox"/> Tégaderm		Selon évaluation
Compresses non stériles : <input type="checkbox"/> (2 X 2) <input type="checkbox"/> (4 X 4)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Lubrifiant		Selon évaluation

FORMULAIRE BON DE COMMANDE PMAE

DATE : _____ PRÉNOM ET NOM : _____

TÉLÉPHONE 1 : _____ TÉLÉPHONE 2 : _____

ARTICLES	Quantité désirée	Quotas annuel maximum
POMPES ET TUBULURES (Cocher le numéro de référence du type de tubulure)		
POMPE OMNI (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : ZB10FD <input type="checkbox"/> Système fermé : ZBSPFD <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE EPUMP (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 773656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 775659T <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE JOEY (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 763656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 765559 <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE CONNECT (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 777100FD <input type="checkbox"/> Système fermé : 77000FD		120 /365 unités
MATÉRIEL GRAVITÉ (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 8884702500 (ENF1203K) <input type="checkbox"/> Système ouvert (large débit): 702505		120 unités
GASTROSTOMIE : BOUTON ET SONDES FOLEY (Cocher le type de bouton et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Minione: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Nutriport: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Autre : ____ FR ____ CM		1 unité et selon évaluation
RALLONGES POUR BOUTON DE GASTROSTOMIE (Cocher le type de rallonge et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey : Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT <input type="checkbox"/> Minione: Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT <input type="checkbox"/> Nutriport: Grandeur : _____ <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		12
SERINGUES (Cocher le type de seringue et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 10 CC <input type="checkbox"/> 12ml ENFIT		100 unités
<input type="checkbox"/> 50 CC embout Luer Lock <input type="checkbox"/> 50 CC embout Cathéter		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> 60ml ENFIT		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> Connecteur de transition (REF : 76500)		120 unités
TUBES NASO-GASTRIQUES (Cocher le type et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 8FR 42" radiopaque		52
<input type="checkbox"/> Corpak/Corflo : ____ FR ____ CM		6
<input type="checkbox"/> Péditube : ____ FR ____ CM		12
FIXATEURS DE DRAIN HOLLISTER (Cocher le type désirée)		
<input type="checkbox"/> 9781 <input type="checkbox"/> 9782		52
Connecteur (adaptateur) en Y pour (Cocher la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> FR 16 <input type="checkbox"/> FR 20 <input type="checkbox"/> FR 24 <input type="checkbox"/> ENFIT		6
AUTRES (Cocher l'item désiré)		
RUBAN: Hypafix (rouleau) : <input type="checkbox"/> (5cm x 10m) <input type="checkbox"/> (10cm x 10m) <input type="checkbox"/> (15cm x 10m)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Transpore (transparent) <input type="checkbox"/> Micropore (fibre papier) <input type="checkbox"/> Elastoplast (rose)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Duo-derm <input type="checkbox"/> Tégaderm		Selon évaluation
Compresses non stériles : <input type="checkbox"/> (2 X 2) <input type="checkbox"/> (4 X 4)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Lubrifiant		Selon évaluation

FORMULAIRE BON DE COMMANDE PMAE

DATE : _____ PRÉNOM ET NOM : _____

TÉLÉPHONE 1 : _____ TÉLÉPHONE 2 : _____

ARTICLES	Quantité désirée	Quotas annuel maximum
POMPES ET TUBULURES (Cocher le numéro de référence du type de tubulure)		
POMPE OMNI (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : ZB10FD <input type="checkbox"/> Système fermé : ZBSPFD <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE EPUMP (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 773656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 775659T <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE JOEY (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 763656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 765559 <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
POMPE CONNECT (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 777100FD <input type="checkbox"/> Système fermé : 77000FD		120 /365 unités
MATÉRIEL GRAVITÉ (30 unités/caisse) <input type="checkbox"/> Système ouvert : 8884702500 (ENF1203K) <input type="checkbox"/> Système ouvert (large débit): 702505		120 unités
GASTROSTOMIE : BOUTON ET SONDES FOLEY (Cocher le type de bouton et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Minione: ____ FR ____ CM		1 unité et selon évaluation
<input type="checkbox"/> Nutriport: ____ FR ____ CM <input type="checkbox"/> Autre : ____ FR ____ CM		
RALLONGES POUR BOUTON DE GASTROSTOMIE (Cocher le type de rallonge et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> Mickey : Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		12
<input type="checkbox"/> Minione: Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
<input type="checkbox"/> Nutriport: Grandeur : _____ <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
SERINGUES (Cocher le type de seringue et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 10 CC <input type="checkbox"/> 12ml ENFIT		100 unités
<input type="checkbox"/> 50 CC embout Luer Lock <input type="checkbox"/> 50 CC embout Cathéter		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> 60ml ENFIT		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> Connecteur de transition (REF : 76500)		120 unités
TUBES NASO-GASTRIQUES (Cocher le type et inscrire la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> 8FR 42" radiopaque		52
<input type="checkbox"/> Corpak/Corflo : ____ FR ____ CM		6
<input type="checkbox"/> Péditube : ____ FR ____ CM		12
FIXATEURS DE DRAIN HOLLISTER (Cocher le type désirée)		
<input type="checkbox"/> 9781 <input type="checkbox"/> 9782		52
Connecteur (adaptateur) en Y pour (Cocher la grandeur désirée)		
<input type="checkbox"/> FR 16 <input type="checkbox"/> FR 20 <input type="checkbox"/> FR 24 <input type="checkbox"/> ENFIT		6
AUTRES (Cocher l'item désiré)		
RUBAN: Hypafix (rouleau) : <input type="checkbox"/> (5cm x 10m) <input type="checkbox"/> (10cm x 10m) <input type="checkbox"/> (15cm x 10m)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Transpore (transparent) <input type="checkbox"/> Micropore (fibre papier) <input type="checkbox"/> Elastoplast (rose)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Duo-derm <input type="checkbox"/> Tégaderm		Selon évaluation
Compresses non stériles : <input type="checkbox"/> (2 X 2) <input type="checkbox"/> (4 X 4)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Lubrifiant		Selon évaluation

