



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

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

GUIDE PRATIQUE -CLIENTÈLE (LONG TERME)- (POUR UNE PÉRIODE DE PLUS DE 2 ANS)

PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE DU QUÉBEC

**MICHÈLE ROBINSON / FABIENNE REVOLUS /
VINCENT DESJARDINS
AGENTS ADMINISTRATIFS**

JUILLET 2018

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

Tables des matières

Lettre d'acceptation.....	1
Patient sans assurances privées.....	2
Quotas accordés.....	3
Matériel non couvert.....	4
Adresse d'envoi du bon de commande.....	4
Bon de commande.....	5
Patient avec assurances privées.....	6
Points importants pour les patients avec assurances privées.....	7
Documents à fournir pour les réclamations	8
Formulaires de réclamations détachables	9-12
Fournisseurs privés de matériel médical.....	13-15
Tige à soluté.....	16
Durée de vie du matériel.....	17
Entretien du matériel et entretien de la pompe.....	18
Entretien pompe Epump.....	19
Entretien pompe Joey.....	20
Contacts téléphoniques (intervenant pivot).....	21
Bris de pompe.....	21
Inactivité du dossier.....	22
Retour du matériel.....	23
Déménagement.....	24
Notes personnelles et mises à jour.....	25
Conclusion.....	26
Correspondance- Questions- Commentaires	26



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants



Université
de Montréal

Nous vous confirmons par cette présente votre inscription au Programme Ministériel d'alimentation entérale à domicile du Québec géré par le CHU Sainte-Justine. Cette demande d'aide financière et/ou technique pour répondre à vos besoins alimentaires fut complétée par votre intervenant et fut signée par vous, ou votre répondant le cas échéant. Cet intervenant doit vous avoir expliqué les implications, les fondements et le fonctionnement de ce programme d'aide.

Ce guide pratique à consultation rapide regroupe donc toutes les informations reçues et vous aidera à répondre aux questions qui pourraient être restées en suspend. Nous espérons qu'il donnera plusieurs réponses à vos interrogations que vous pourriez avoir le temps de votre inscription à ce programme. Nous vous conseillons de le lire entièrement et d'y avoir recours à tout moment. Cet outil vous sera indispensable; nous vous suggérons donc de le conserver dans un endroit facilement accessible.

*Notez que la forme masculine a été employée pour alléger le texte et la compréhension.

PATIENT SANS ASSURANCES PRIVÉES



Une aide financière vous est accordée sous forme de matériel requis pour répondre à vos besoins alimentaires.

La première commande vous sera acheminée à votre domicile selon l'évaluation de vos besoins déterminée par l'intervenant ayant fait votre inscription. Ensuite, vous devrez vous même passer une commande de matériel lorsque nécessaire via courriel, poste ou fax (voir page 4). Vous trouverez les quotas maximum accordés et auxquels vous avez droit pour un an à partir du moment de votre inscription ou réception de votre matériel. Vous devez commander du matériel servant à vos gavages seulement. Certaines justifications pourraient vous être demandées.

Il faudra tenir compte des délais de réception de votre commande ainsi que des délais de livraison après le traitement de celle-ci. Il faudra donc prévoir vos inventaires en conséquence.

Notez bien que pour toute demande d'ajustement dans les fournitures ou pour tout autre besoin, vous devez impérativement communiquer avec votre intervenant principal seulement (p.19). Si vous désirez utiliser plus de matériel, vous devrez le faire à vos frais. Ces fournitures sont disponibles en pharmacie et aucun remboursement de notre part n'est admissible pour un achat fait par initiative personnelle.

Si vous acquérez des assurances en cours de traitement veuillez suivre la procédure en page 7.

Quotas accordés* **

(La même quantité vous sera remboursée si jamais vous aviez des assurances privées)

Matériel pompe ePump	Quantité annuelle max
Système ouvert : #773656 (sac mou 1000ml)	120
Système fermé : #775659	365 (ou selon traitement)
Matériel pompe Joey	
Système ouvert : #763656 (sac mou 1000ml)	120
Système fermé : #765559	365 (ou selon traitement)
Matériel pour gravité	
Système ouvert : #8884702500 (sac mou 1000ml)	120
Système ouvert : #702505 (sac mou 1000ml large débit)	120
Système d'alimentation au niveau cutané pour gastrostomie (bouton) et sondes Foley	
Nutriport, Entristar, Bard, Mickey	à la demande
Rallonges pour système d'alimentation (rallonges de bouton)	
Nutriport, Entristar, Bard, Mickey	6 ou (8 école)
Seringues	
10cc	100
60cc ou 60cc embout cathéter	120 (240 bolus seringue)
Adaptateurs pour seringues	12
 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)	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

*Tout excédent sera à vos frais.

**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.

Matériel non couvert sans exception

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

Notes importantes

*Prendre note que les fournitures peuvent arriver en différents envois et de différents transporteurs. Le délai de livraison est de 3 à 5 jours ouvrables. Une seule adresse de livraison possible.

*Tout changement par rapport à la demande initiale devra être fait par votre intervenant

*Un seul système (ouvert ou fermé) est accordé. Une alternance entre les deux demeurera à vos frais.

*Dès que vous avez une problématique récurrente avec une fourniture il est important d'aviser votre intervenant et de conserver cette fourniture défectueuse pour obtenir un remplacement.

Renouvellement de matériel

Procédures pour le renouvellement de matériel :

- 1- Via courriel : envoyer votre courriel, en indiquant le matériel à renouveler ainsi que le nom et numéro de téléphone à l'adresse : programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca
Ou
- 2- Via la poste, en remplissant le bon de commande (voir page 5). Envoyer à l'adresse suivante : CHU Sainte-Justine
Programme d'Alimentation Entérale- Commande
3175 Côte Sainte-Catherine
Étage 7, Bloc 6
Montréal, Qc. H3T 1C5
Ou
- 3- Via le fax, en remplissant le bon de commande (voir page 5). Envoyer au 514-345-4983.

* Si vous commandez par la poste, veuillez nous aviser si vous désirez de nouveaux bons de commandes.

** Les quantités disponibles à chaque commande diffèrent pour chaque item et seront additionnées en conséquence dans votre dossier et devront respecter les quotas annuels. Chaque item sera additionné de façon indépendante. Les quotas annuels auront une date différente d'application. Veuillez gérer votre matériel en conséquence.

PATIENT AVEC ASSURANCES PRIVÉES

Une aide financière vous est accordée afin de couvrir la différence non remboursée par vos assurances privées relativement à l'achat de vos fournitures pour l'administration de votre gavage et selon les quotas établis en page 3.

Vous devez faire les démarches afin de vous procurer le matériel nécessaire à vos besoins alimentaires (liste exhaustive de fournisseurs p. 13). Pour obtenir un remboursement vous devez suivre la procédure (p. 8). Cette procédure s'applique seulement si vos assurances défraient pour ce genre de fourniture.

Pour les fournitures non remboursées ou non couvertes via votre contrat d'assurance, elles vous seront fournies par notre Programme gratuitement. Veuillez commander les fournitures désirées en vous rappelant qu'elles ne doivent pas être couvertes par vos assurances. Une preuve de refus de paiement sera alors exigée.

Vous pouvez également demander des remboursements pour la différence non remboursée par vos assurances pour l'achat de votre solution de gavage. La procédure est la même que pour votre matériel. Vous y avez droit même si votre assureur ne paie pas pour votre matériel.

Pour de plus amples informations, vous devez rejoindre votre intervenant principal seulement (p. 19).

Cette aide financière est valide pour la durée de vos traitements. Veuillez nous aviser de la fin de vos traitements, le cas échéant, par votre intervenant. Dans le cas d'un dossier où il n'y a eu aucune réclamation pendant 4 périodes consécutives, celui-ci sera fermé après une ultime vérification auprès du dernier intervenant connu.

POINTS IMPORTANTS POUR LES PATIENTS AVEC ASSURANCES PRIVÉES

- Si vous possédez actuellement des assurances, ou en acquérez en cours de traitement, votre intervenant doit faire une demande de soumission auprès de vos assureurs pour le paiement des fournitures avant tout.
- 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. 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 de 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 vos assureurs et pour connaître vos recours possibles consulter ce site Internet :
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 défrayée 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 du relevé d'assurance associé (photocopie acceptée) 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 matériel est fourni par le Programme.
- Si les assurances venaient à changer 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 vous sera retourné.

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

- Vos factures originales d'achats ou les duplicata.
 - Aucune photocopie n'est admissible et vous sera retournée. Vos pharmacies et fournisseurs sont habilités à vous donner ces documents. Il suffit de les demander lors de l'achat.

- Une copie de votre relevé d'assurance (photocopie acceptée) associé à vos dépenses et expliquant clairement les montants remboursés par eux.
 - Vous êtes exemptés si votre pharmacie ou fournisseur indique sur ses factures les montants remboursés ou à payer.

- Formulaires de réclamation dûment remplis que vous trouverez à partir de la page 9.
 - Vous avez 4 copies avec des dates prédéterminées que vous pouvez détacher. Lorsque vous n'avez plus de formulaire, veuillez nous l'indiquer avec votre dernière réclamation dans la section commentaire; un autre livret vous sera envoyé. Vous devrez respecter les dates inscrites et aucun remboursement ne sera fait ultérieurement pour une période précédente si vous avez déjà réclamé pour cette période.

- Si les dates suggérées ne vous conviennent pas, veuillez nous le faire savoir par écrit en expliquant les raisons et une nouvelle proposition vous sera faite à cet égard.

- 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 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 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

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 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

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 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

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 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

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.

RÉGION DU BAS ST-LAURENT		
Maison André Viger	619 boul. Wilfrid-Hamel, Québec, Qc. G1M 2T4	418-914-1213
RÉGION DU SAGUENAY LAC-ST-JEAN		
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
RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE		
ProAssist (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
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
Le Groupe Medicus	3000 boul. Saint-Jean, Trois-Rivières, Qc. G9B 2M9	888-833-6381
RÉGION DE L'ESTRIE		
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 ^e 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

Vous avez droit à une tige à soluté de la part de notre programme d'aide le temps de votre inscription.

Vous pouvez vous 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

- Vous devez 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

DURÉE DE VIE DU MATÉRIEL*

Sacs avec tubulure intégrée	3 jours
Tubulure à fiche perforante ou <i>spikeright</i>	1 jour ou 1 par bouteille/sac
Seringues	1 semaine pour hydratation 3 jours si bolus/gavage à la seringue
Adaptateurs pour seringues	1 mois
Rallonges pour bouton de gastrostomie	2 mois
Bouton de gastrostomie de type Nutriport ou Mickey	1 an et à la demande en cas de bris
Bouton de gastrostomie de type Bard ou Entristar	Sur demande / au besoin
Connecteurs en ‘Y’	2 mois
Tubes N/G 8fr 42 po radiopaque	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

*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 125 ml d'eau bouillante. Important de laisser tiédir avant l'utilisation.
 - Une procédure particulière est prévue pour le Néocate. La demander si nécessaire.

- Système ouvert
 - **Grand nettoyage 1 fois par 24 heures :**
 - ❖ Bien rincer le sac et la tubulure 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 fond à nouveau avec 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. Vous référer au guide d'utilisation pour l'entretien adéquat.



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.

Contacts téléphoniques

Vous devez contacter votre intervenant principal pour toute demande d'informations concernant le Programme Ministériel d'alimentation entérale ou une actualisation de votre dossier. Il peut s'agir de n'importe quel professionnel de la santé connaissant votre état actuel de santé. Assurez-vous d'avoir une personne-ressource à votre dossier.

Bris de pompe*

En cas de défectuosité ou problématique votre pompe veuillez utiliser ce numéro de téléphone en mentionnant que vous êtes inscrit au Programme ministériel d'alimentation entérale à du Québec:

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

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

Inactivité de votre dossier

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

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

- Si vous ne commandez pas de matériel pendant une période dépassant 1 an. Cependant nous tiendrons compte de la particularité de chaque dossier. Une vérification auprès de votre intervenant ou vous-même sera faite avant toute fermeture définitive.
- Si vous possédez des assurances privées, assurez-vous de faire des réclamations au minimum une (1) fois par année. Après une année entière sans réclamation, votre dossier est fermé. Assurez-vous 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.
- Vous devez nous aviser de tout changement d'adresse. Veuillez nous envoyer un courriel à l'adresse suivante programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca et utilisez les formulaires à cet effet en page 22 ou via votre intervenant. En cas de retour de courrier ou de fourniture dû à un déménagement non communiqué, nous fermerons votre dossier après vérification avec le dernier intervenant connu à votre dossier.
- Si vous retournez du matériel sans nous en expliquer la raison, votre dossier sera fermé en considérant que vos traitements sont terminés.

Retour de matériel

Voici quelques points à retenir.

- Vous devez avertir votre intervenant pivot afin qu'il puisse nous informer de la fin des traitements.
- 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 que vous intégrerez avec votre envoi.**
- Conserver le # de confirmation de votre retour. Il pourrait vous être demandé en cas de problématique ou de non réception du retour.

RETOUR POMPE

Vous devez demander un numéro de retour autorisé (RGA) auprès du service aux clients chez Cardinal Health : 1-800-268-7916,

Courriel : NTSC-SC@cardinalhealth.ca

Adresse : NTSC

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

RETOUR BOÎTES DE TUBULURES NON OUVERTES :

- Si vous pouvez vous déplacer, veuillez 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 vous ne pouvez pas vous 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

- 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.

Déménagement

En cas de changement d'adresse veuillez nous envoyer un courriel avec les renseignements nécessaires à l'adresse suivante :

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

Ou vous pouvez utiliser ces formulaires pour nous signaler votre changement d'adresse.

Retourner à : **Déménagement / Changement d'adresse**
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175 Côte Sainte-Catherine
Étage 7 Bloc 6
Montréal, Québec
H3T 1C5

Nom et Prénom du patient : _____

Nouvelle adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Nom et Prénom du patient : _____

Nouvelle adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Nom et Prénom du patient : _____

Nouvelle adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

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, nous vous demandons de contacter votre intervenant qui pourra possiblement vous répondre.

Vous pouvez en ultime recours nous communiquer vos questions via courriel à l'adresse suivante programme.ministeriel.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Ou via le courrier à :

Correspondance- Questions- Commentaires
Programme ministériel d'alimentation entérale à domicile du Québec
3175 Côte Sainte-Catherine
Étage 7 Bloc 6
Montréal, Québec
H3T 1C5

Ou via le fax au numéro 514-345-4983