

HOME OXYGEN PROGRAM APPLICATION FORM
FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LE PROGRAMME D'OXYGENE A DOMICILE

PART A : CLIENT INFORMATION / INFORMATION DU CLIENT

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRENOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TELEPHONE	HEALTH CARD / CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE	PRIVATE INSURANCE/ ASSURANCE PRIVÉ?
		Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>

PART B : PRESCRIPTION / ORDONNANCE

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN | A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN MÉDECIN

INITIAL PRESCRIPTION / ORDONNANCE INITIALE ANNUAL REVIEW / EXAMEN ANNUEL

PHYSICIAN CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU MEDECIN

NAME / NOM : _____ SIGNATURE : _____
SPECIALTY/ SPÉCIALITÉ _____ DATE : _____

INITIAL DIAGNOSIS AND RECOMMENDATIONS / DIAGNOSTIC INITIALE ET RECOMMANDATIONS

PRESCRIPTION ORDONNANCE:	Diagnosis / Diagnostique:					
	Arterial Blood Gas Study (ABG): Résultats de l'étude du gaz de sang artériel :	pH	PaO2	PaCO2	HCO3	SaO2
	Oximetry or polysomnography results: Résultats d'oximétrie ou polysomnographie:	SpO2 room air rest / Air en repos				
		SpO2 room air exertion / Air sous effort				
		If sleep tests done, evidence of Sleep Apnea? Si testé la nuit, preuve d'apnée de sommeil?				

FLOW RATES / DEBITS	At rest / Au repos:	Exercise / Exercice :	Sleep / Sommeil:
Is the client physically able to use E or D Cylinder? Est-ce que le (la) client(e) est capable d'utiliser des cylindres E ou D? Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>			
*** If <u>no</u> , please provide a detailed medical justification for the use of M6 Cylinders. Si non, SVP donnez une justification médicale détaillée pour l'utilisation des cylindres M6.			

PART C : SERVICE PROVIDER CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU FOURNISSEUR DE SERVICES

TO BE COMPLETED BY AN AUTHORISED VENDOR ONLY / A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN FOURNISSEUR AUTORISÉ

CONTACT NAME: _____ TELEPHONE: _____ FAX: _____
PERSONNE RESSOURCE: _____ TELECOPIEUR: _____
VENDOR: _____
FOURNISSEUR: _____

VENDOR IDENTIFICATION NUMBER : _____
NUMERO D'IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR : _____

The client, and other household members, have received education relevant to the equipment provided and are willing to comply with the treatment plan prescribed, including smoking cessation. Le client et d'autres membres de la maison, ont reçu l'éducation pertinente pour l'équipement fourni et sont enclins à respecter le plan de traitement prescrit, y compris le sevrage tabagique.	YES OUI	NO NON
--	------------	-----------

VENDOR SIGNATURE : _____ DATE : _____
SIGNATURE DU FOURNISSEUR : _____

ANY CHANGES MUST BE PRIOR APPROVED - PRODUCTS THAT HAVE NOT BEEN AUTHORIZED WILL NOT BE PAID.
TOUT CHANGEMENTS DOIT ÊTRE APPROUVÉES EN AVANCE - LES PRODUITS QUI NE SONT PAS AUTORISÉ NE SERONT PAS PAYÉS.

PART D : STANDARD EQUIPMENT & SUPPLIES / ÉQUIPEMENT STANDARD & FOURNITURES

EQUIPMENT TO BE RENTED ON A MONTHLY BASIS / EQUIPEMENT POUR LOCATION MENSUEL			
PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT	PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT
Concentrator / Concentrateur <input type="checkbox"/>		Extra Cylinder for portability Cylindre d'extra pour portabilité <input type="checkbox"/>	
High Flow Concentrator Concentrateur à haut débit <input type="checkbox"/>		Liquid Oxygen Base Base pour oxygène liquide <input type="checkbox"/>	
Portability / Portabilité <input type="checkbox"/>		O2 Conserving Device Dispositif de conservation O2 <input type="checkbox"/>	
Total			

CYLINDER, LIQUID OXYGEN / CYLINDRES ET OXYGENE LIQUIDE			
PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT	PRODUCT / PRODUIT	COST / COUT
E cylinders / Réservoirs E <input type="checkbox"/>	EA CHQ	D cylinders / Réservoirs D <input type="checkbox"/>	EA CHQ
Liquid Oxygen / Oxygène liquide <input type="checkbox"/>	per KG par KG		

**In order for Health Services to consider these items under special authorization, please ensure to include the following documentation:
Pour que les Services de Santé soit capable de considérée la demande d'autorisation spéciale, svp faire certain d'inclure les documents suivant :**

A letter from a specialist or a professional, accredited in Oxygen Therapy, that explains clearly why the usual equipment does not meet the client's needs or why it would be more cost effective for Health Services to approve the use of this equipment.
Une lettre d'un spécialiste ou un professionnel, accrédité dans la thérapie d'oxygène, qui explique clairement pourquoi l'équipement habituel ne rencontre pas les besoins du client ou, pourquoi ce serait plus efficace financièrement d'approuver cet équipement avec les services de santé.

PART E : SPECIAL AUTHORISATIONS / AUTORISATIONS SPÉCIALES

EQUIPMENT TO BE RENTED* / EQUIPEMENT EN LOCATION		EQUIPMENT TO BE PURCHASED / ACHAT D'EQUIPEMENT	
PRODUCTS / PRODUITS	COST / COUT	PRODUCTS / PRODUITS	COST / COUT
Portable Concentrator System Système de Concentrateur Portable <input type="checkbox"/>		Oxygen Saturation Monitor Moniteur de saturation d'oxygène <input type="checkbox"/>	
Home Refill System Système de remplissage à domicile <input type="checkbox"/>			
Oxygen Saturation Monitors (table tops) Moniteur de saturation d'oxygène (sur table) <input type="checkbox"/>			
Disposable Oxygen Conserving Device System System dispositif jetable de conservation d'O2 <input type="checkbox"/>			
M6 Cylinders (EA) / Cylindres M6 (CHQ) <input type="checkbox"/>		Total	

FOR OFFICE USE ONLY / POUR UTILISATION DU BUREAU SEULEMENT

Cylinder Refills Remplissage de cylindres	E	93 hours per month 93 heures mensuel	Max per month / Maximum mensuel	Expected cost per month / Coût prévu mensuel	TOTAL
	D				
Liquid Oxygen Refills Remplissage d'oxygène liquide	kg per week		Max per month / Maximum mensuel	Expected cost per month / Coût prévu mensuel	TOTAL
	kg par semaine				
Special Autorisation M6 Autorisation spéciale de M6	Max per month / Maximum mensuel		Expected cost per month / Coût prévu mensuel		TOTAL

APPROVED APPROVEE	<input type="checkbox"/>	REFUSED REFUSEE	<input type="checkbox"/>	PENDING INFO EN ATTENTE D'INFO	<input type="checkbox"/>	EXPIRES / EXPIRE :																			
APPROVAL NUMBER / NUMERO D'APPROBATION																									
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									
Administrator Administrateur _____			Date : _____																						

REGISTERED / ENREGISTRER	<table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						DATE : _____

Please always include a copy of this document with your initial request for payment on the Health Services Claim Form. Thank you.
SVP toujours ajoutez une copie de ce document avec votre demande de paiement initiale sur le formulaire de demande des Services de Santé. Merci.