

Liste de contrôle pour la rédaction d'une lettre de nécessité médicale

Une lettre de nécessité médicale (LNM) détaillée contient les éléments suivants :

- Informations sur le patient (nom, date de naissance, adresse, coordonnées, informations concernant l'assurance)
- Informations sur le prestataire (nom, références, nom de la clinique/de l'hôpital, coordonnées)
- Date de la lettre
- Informations sur le destinataire (nom de la compagnie d'assurance, adresse, service/coordonnées)
- Déclaration de nécessité médicale (explication du diagnostic qui nécessite le traitement, procédure, matériel, médicament)
- Antécédents médicaux (résumé de la pathologie, diagnostic/apparition, comorbidités)
- Description du traitement médical ou du service demandé
- Pièces justificatives (rapports médicaux, résultats de tests)
- Justification clinique : bénéfices et résultats escomptés, par exemple, amélioration de l'état de santé, des fonctions, de la qualité de vie du/de la patient(e)
- Traitement alternatif (ce qui a été fait et les résultats ou raisons pour lesquelles quelque chose ne peut pas être fait)
- Durée et fréquence
- Informations sur les coûts, le cas échéant
- Conclusion (importance de la demande)

Informations supplémentaires pertinentes lors de la demande d'un matériel spécifique :

- Évaluations fonctionnelles et physiques, y compris, sans toutefois s'y limiter, la résistance, l'amplitude de mouvement, le tonus, la sensation, l'équilibre, les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités courantes de la vie quotidienne (ACVQ) et le statut fonctionnel
- Documentation des autres dispositifs envisagés, et pourquoi chacun s'est avéré inefficace pour le consommateur
- Documentation des dispositifs à l'essai et résultats d'essai(s)
- Justification du modèle de dispositif recommandé, ainsi que chaque option et accessoire nécessaires au consommateur
- Preuve que le consommateur a démontré sa capacité à utiliser le dispositif en toute sécurité et de manière indépendante ou avec une assistance appropriée
- Aperçu des recommandations de traitement prescrites
- Toute recherche ou documentation applicable pour soutenir les résultats prévus
- Résultats indésirables possibles qui pourraient survenir en l'absence des éléments demandés (exemples : augmentation du nombre d'hospitalisations ou de visites aux urgences, perte d'indépendance)

Considérations personnalisées pour le matériel et le traitement

Aide à la toux :

- inclure les tests diagnostiques (s'ils sont réalisables/soutiennent l'argumentation)
- MIP/MEP et débit maximal de toux si réduit
- Diagnostic (les SMA doivent être indiqués) et degré d'hypotonie
- Si le kinésithérapeute ou l'évaluateur a noté une réduction des scores CHOP INTEND, les inclure comme signes de l'hypotonie globale
- Informations de base sur les effets de l'altération de la clairance des voies respiratoires sur la santé de la personne atteinte de SMA et sur les risques accrus de pneumonie et nécessité de soins d'urgence/d'une hospitalisation et utilisation accrue des soins de santé
- Inclure les informations cliniques sur les aspects suivants si elles sont disponibles :
 - Nombre de maladies respiratoires nécessitant des antibiotiques avec des soins d'urgence/visites aux urgences
 - Nombre d'hospitalisations pour maladies respiratoires
 - Indiquer si un gilet de dégagement des voies respiratoires a été utilisé lors de l'hospitalisation
 - Indiquer dans la LNM si le/la patient(e) a présenté une amélioration significative de la saturation en oxygène avec une réduction du besoin de supplémentation en oxygène et un travail respiratoire moindre documenté après le début du dégagement des voies respiratoires

Gilet de dégagement des voies respiratoires :

- Inclure les tests diagnostiques (s'ils sont réalisables/soutiennent l'argumentation/patient suffisamment âgé)
- MIP/MEP et débit maximal de toux si réduit
- Diagnostic (les SMA doivent être indiqués) et degré d'hypotonie
- Si le kinésithérapeute ou l'évaluateur a noté une réduction des scores CHOP INTEND, les inclure comme preuves de l'hypotonie diffuse
- Informations de base sur les effets de l'altération de la clairance des voies respiratoires sur la santé de l'enfant et sur l'augmentation des risques de pneumonie et d'insuffisance respiratoire
- Inclure les informations cliniques sur les aspects suivants si elles sont disponibles :
 - Nombre de maladies respiratoires nécessitant des antibiotiques avec des soins d'urgence/visites aux urgences
 - Nombre d'hospitalisations pour maladies respiratoires
 - Indiquer si un gilet de dégagement des voies respiratoires a été utilisé lors de l'hospitalisation
- Indiquer dans la LNM si le/la patient(e) a présenté une amélioration significative de la saturation en oxygène avec une réduction du besoin de supplémentation en oxygène et un travail respiratoire moindre documenté après le début du dégagement des voies respiratoires
- Identifier les raisons pour lesquelles d'autres traitements comme une kinésithérapie thoracique (KPT) avec des battements de mains et des dispositifs oscillatoires manuels (PEP/Acapella/Flutter/Aerobika) ne sont pas appropriés ou ne seront pas efficaces (au cas par cas) :
 - PEP/Acapella/Flutter/Aerobika :
 - les patients doivent être d'un âge approprié et avoir une force musculaire respiratoire adéquate pour suivre les instructions d'utilisation du dispositif et générer les débits nécessaires pour effectuer ces manœuvres.
 - Il s'agit de dispositifs contrôlés par le/la patient(e)
 - Kinésithérapie thoracique (KPT) :
 - Plusieurs prestataires de soins/soins incohérents
 - Difficultés à positionner le/la patient(e) pour la KPT
 - Scoliose
 - Poids/taille (trop lourd pour les prestataires)
 - Inquiétude en matière de faible densité osseuse et de fractures en ce qui concerne la KPT

Respirateur et dispositifs BiPAP :

Remarque : Les dispositifs de ventilation à deux niveaux de pression expiratoire positive (BiPAP) sont approuvés pour une utilisation à domicile par les enfants et adultes dont le poids est au moins égal à 30 kg. Les dispositifs BiPAP sont utilisés de manière non invasive avec un masque sur le visage.

- Les respirateurs sont approuvés pour une utilisation à domicile chez les enfants de plus de 5 kg et peuvent être utilisés de manière non invasive avec un masque sur le visage ou avec une canule de trachéotomie
- Pour être éligible au dispositif BiPAP, il convient d'inclure les diagnostics d'hypoventilation alvéolaire secondaire à une faiblesse neuromusculaire ou à une insuffisance respiratoire. N'utilisez pas l'apnée obstructive du sommeil (AOS) comme seul moyen de diagnostic
- Indiquez si le mode de ventilation doit avoir une fréquence respiratoire de secours
 - La raison est due à une faiblesse neuromusculaire et à une hypoventilation alvéolaire qui entraînent des difficultés de déclenchement des inspirations et une augmentation des risques de rétention de CO₂ et d'insuffisance respiratoire en raison des faibles débits générés
- Pour une assistance ventilatoire non invasive chez les enfants de moins de 30 kg (nécessité d'un respirateur)
 - Inclure une étude du sommeil ou des analyses biologiques indiquant une insuffisance respiratoire/hypoventilation alvéolaire
 - Gaz sanguin avec pCO₂ élevé
 - Inclure le poids du/de la patient(e). Les appareils BiPAP ne sont pas équipés de capteurs de débit adéquats pour de plus petits patients et ne sont pas approuvés par la FDA pour une utilisation de NIV chez des patients dont le poids est inférieur à 30 kg

Fauteuil roulant/Stander/Renforts

(Conseils pour le thérapeute et l'entreprise de fabrication de matériel médical)

- Documenter l'évaluation des systèmes du client sur les plans neurologique et orthopédique, leur évaluation posturale et leur niveau de fonctionnement
- Indiquer si le/la patient(e) ne peut pas se tenir debout ou se déplacer à l'aide d'un dispositif d'assistance
- Indiquer si le/la patient(e) n'est pas en mesure d'utiliser un fauteuil roulant manuel plus économique et pourquoi
- Indiquer les raisons pour lesquelles le/la patient(e) ne peut pas faire avancer un fauteuil roulant manuel
- En cas de préconisation d'un fauteuil roulant électrique, documenter les raisons pour lesquelles le/la patient(e) ne peut pas utiliser un scooter
- Indiquer si le/la patient(e) est disposé(e) à utiliser la technologie de rééducation complexe recommandée et s'il/si elle peut le faire en toute sécurité
- Discuter de l'aide que la technologie de rééducation complexe recommandée apportera à ce qui suit :
 - Activités fonctionnelles de la vie quotidienne
 - Mobilité
 - Positionnement/posture
 - Indépendance
- Autres éléments clés à inclure :
 - Une justification clinique et médicale pour chaque aspect du fauteuil roulant recommandé
 - Une déclaration d'accord avec le médecin qui prescrit le matériel recommandé et sa signature
- Une déclaration d'indépendance financière du PT ou de l'OT de la part du prestataire
- Une évaluation en tête-à-tête et une prescription du médecin
- Une documentation supplémentaire sera requise en cas de prescription d'un fauteuil roulant électrique
- Être à jour avec les directives du CMS et la détermination de la couverture locale et nationale du matériel d'aide à la mobilité

Médicament/Traitement

- Physiopathologie de l'amyotrophie spinale (SMA)
- Description du traitement recommandé
- Schéma posologique du traitement
- Administration du traitement
- Informations sur l'essai clinique
- Justification du traitement/échec des autres traitements
- Incidence sur l'état fonctionnel
- Pronostic du patient sans traitement