

Demande d'examen fonctionnel respiratoire

(Prière de remplir tous les points et de joindre les rapports des examens pertinents si disponibles)

Etiquette du patient ou	Date
Nom	Médecin demandeur
Prénom	Tél.
Date de naissance	Email
IPP	Copie

Renseignements sur le patient :

Hospitalisé	Ambulatoire	Patient complexe (peu mobile, en lit, sous oxygène, confus)
Porteur d'une trachéostomie	Tabagisme :	UPA
Oxygène : débit l/min	Claustrophobe	
Traducteur (si connu :	)	

<u>Motif de l'examen</u> :	1 ^{er} examen	Suivi	Examen pré-opératoire
Pneumopathie connue :			Date :
Eléments cliniques			

<u>Traitement</u> :	Dernière prise :	
Bêta-2-mimétique	Anticholinergique	Corticoïde inhalé
Oxygène	Autre :	Corticoïde systémique

Examens fonctionnels respiratoires

Spirométrie	Test de réversibilité sur la spirométrie
Volumes pulmonaires (pléthysmographie)	Test de réversibilité sur la pléthysmographie
Diffusion du CO (DLCO)	
Pressions inspiratoires et expiratoires maximales	
CV assis-couché	
Test de provocation bronchique	à la métacholine
	eucapnique
Test de marche de 6 minutes	titration O2 pour sat %
	sous oxygène : l/min

Examens réalisés après consultation préalable

Polygraphie nocturne	examen sous VNI	examen natif
Capno-oxymétrie		
Test d'hyperoxie (mesure du shunt intrapulmonaire)		