**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 nom, prénom,  date de naissance, IPP | Date :  Médecin demandeur :  Tél. :  Email :  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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |
| --- |
| **Motif de l’examen** :  1er examen  Suivi  Examen pré-opératoire  Pneumopathie connue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Traitement : 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)