**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** :

[x]  Hospitalisé [x]  Ambulatoire [ ]  Patient complexe

 (peu mobile, en lit, sous oxygène, confus)

[ ]  Porteur d’une trachéostomie [x]  Tabagisme : \_\_\_\_\_\_\_\_ UPA

[ ]  Oxygène : débit­­­­ \_\_\_\_ l/min [ ]  Claustrophobe

[ ]  Traducteur (si connu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |
| --- |
| **Motif de l’examen** : [x]  1er examen [ ]  Suivi [ ]  Examen pré-opératoirePneumopathie 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)