

PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE-REQUÊTE

BUT DE L'EXAMEN – DIAGNOSTIC :		Nom à la naissance : _____	
Cocher aux endroits appropriés <input type="checkbox"/> Bronchite chronique <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Fibrose <input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Dyspnée inexpliquée <input type="checkbox"/> Dyspnée à l'effort <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Somnolence diurne	Renseignements cliniques _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ _____ N°. Téléphone : _____ N° Assurance maladie : _____	
		Date du rendez-vous	Heure du rendez-vous
_____ Signature du médecin référent		_____ Date	
1. <input type="checkbox"/> Bilan de base (diffusion, VEMS avant et après bronchodilatateur, volumes pulmonaires par dilution ou par pléthysmographie, saturation). 2. <input type="checkbox"/> Spirométrie (VEMS) <input type="checkbox"/> pré <input type="checkbox"/> Pré et post 3. <input type="checkbox"/> Gaz artériel <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> avec O ₂ _____ 4. <input type="checkbox"/> Provocation à la méthacholine (<i>prérequis : bilan de base</i>) - Enceinte Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> Test de marche de 6 minutes <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> avec O ₂ pour SpO ₂ _____ 6. <input type="checkbox"/> Mesure des forces inspiratoires et expiratoires (MFI-MFE) 7. <input type="checkbox"/> Référence Centre d'enseignement d'asthme			
Sommeil			
8. <input type="checkbox"/> PCRS (polygraphe cardio respiratoire du sommeil) 9. <input type="checkbox"/> PCRS avec consultation en pneumologie et prise en charge *La priorité sera donnée aux patients avec IAH > 30 10. <input type="checkbox"/> PCRS et consultation si IAH > 15 Raison : _____ 11. <input type="checkbox"/> Saturométrie nocturne <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> avec O ₂ à _____ <input type="checkbox"/> avec CPAP à _____ 12. <input type="checkbox"/> Titration auto CPAP _____ (<i>Réservé aux pneumologues</i>)			
<u>POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS</u> Appelez ou présentez-vous entre 8h et 16h Du lundi au vendredi Au centre de rendez-vous (local J1 354) Tél : (514) – 765 – 7324		<u>POUR LE TEST</u> Présentez-vous à l'hôpital de Verdun en électrophysiologie médicale 4000 Boul. Lasalle, Verdun 2 ^{ème} étage, local M2 238 (accueil)	

Informations complémentaires pour les patients

- 1- Les tests prennent en moyenne une (1) heure;
- 2- Au moins douze heures avant le test :
 - Il ne faut pas fumer;
 - Ne prendre aucun médicament pour les poumons en pompe, en comprimé ou sirop, à moins d'avis contraire;
- 3- Il est permis de prendre un repas léger;
- 4- Les dames ne doivent pas mettre de rouge à lèvres;
- 5- Si vous êtes enceinte ou vous allaitez, veuillez aviser le personnel lors de votre test;
- 6- Il vous faut apporter :
 - La demande du médecin (signée)
 - La carte d'assurance-maladie valide
 - La carte de l'hôpital valide
 - La liste de vos médicaments, s'il y a lieu.

**Si vous ne pouvez être présent(e) à votre rendez-vous,
veuillez nous en aviser le plus tôt possible pour annuler votre rendez-vous.**

N° Téléphone : 514-765-7324