



## PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE-REQUÊTE

<b>BUT DE L'EXAMEN – DIAGNOSTIC :</b>		Nom à la naissance : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____  Adresse : _____ _____ N°. Téléphone : _____  N° Assurance maladie : _____					
<b>Cocher aux endroits appropriés</b> <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	<b>Renseignements cliniques</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Date et heure du RDV</b></td> <td style="width: 50%;"><b>Hb ____ g/L date</b></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Date et heure du RDV</b>	<b>Hb ____ g/L date</b>			
<b>Date et heure du RDV</b>	<b>Hb ____ g/L date</b>						
_____ 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 <sub>2</sub> _____ 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 <sub>2</sub> pour SpO <sub>2</sub> _____ 6. <input type="checkbox"/> Mesure des forces inspiratoires et expiratoires (MFI-MFE) 7. <input type="checkbox"/> Référence Centre d'enseignement d'asthme							
<b>Sommeil</b>							
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 <sub>2</sub> à _____ <input type="checkbox"/> avec CPAP à _____ 12. <input type="checkbox"/> Titration auto CPAP _____ ( <i>Réservé aux pneumologues</i> )							
<b>POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS</b> Clinique de Pneumologie et Physiologie respiratoire Hôpital Notre Dame 1560 Sherbrooke Est 4 <sup>e</sup> étage, pavillon Deschamps, F-4117 Montréal, QC, H2L 4M1 Tél : 514-413-8777 Poste : 125064 Fax : 514-362-7951							

**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;
- 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 : 514-413-8777 poste 125064**