

## Fiche 4 : Prescription Médicale de Réentraînement à l'effort

*Cette prescription doit être renouvelée une fois par an*



Réseau Languedoc-Roussillon de Post-Réhabilitation Respiratoire

Situation de votre patient : Mr/Mme \_\_\_\_\_

### **PATHOLOGIE PRIMAIRE :**

<b>RESPIRATOIRE</b>	Asthme	BPCO	Cancer du poumon
	Dilatation des bronches	Emphysème	Fibrose pulmonaire
	Silicose	Syndrome Apnée du sommeil	Autres :

<b>CARDIOVASCULAIRE</b>	Angine de poitrine	Artérite	Hypertension artérielle
	Arythmie	Autre :	

<b>METABOLIQUE</b>	Diabète	Obésité	Dénutrition
	Autres :		

**AUTRES :** \_\_\_\_\_

### **COMORBIDITES :**

RESPIRATOIRE : \_\_\_\_\_  
CARDIOVASCULAIRE : \_\_\_\_\_  
METABOLIQUE : \_\_\_\_\_  
AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRESCRIPTION :** *Séances de Réentraînement à l'effort (2 à 4h par semaine) et Marche régulière (1 à 2 marches par mois) encadrées par un Enseignant en Activités Physiques Adaptées et sous la supervision des instances médicales du réseau AIR+R.*

### **VALEUR A TRANSMETTRE :**

<b>FC de réentraînement :</b>	<b>VEMS(%) :</b>	<b>Tiffeneau (VEMS/CVF) :</b>
-------------------------------	------------------	-------------------------------

### **TRAITEMENT ET ALLERGIES**

<b>Allergies :</b>	<b>Traitements (copie ordonnance) :</b>
--------------------	---

### **APPAREILLAGE :**

<b>Assistance respiratoire</b>	Oxygénothérapie	Pression Positive continue
	Ventilation non invasive	Autre :
<b>Cardiovasculaire</b>	Simulateur cardiaque	Autre :
<b>Métabolique</b>	Lecteur de glycémie	Pompe à insuline
	Autre :	

Date de la prescription : ... / .. /20...

Tampon et Signature du  
Médecin Spécialiste

OU

Tampon et Signature du  
Médecin Généraliste

Merci de nous communiquer votre adresse mail afin de vous envoyer les bilans de vos patients :

.....@.....