

Situation de votre patient : Mr/Mme _____

Patient Accompagnant

PATHOLOGIE PRIMAIRE :

RESPIRATOIRE	Asthme	BPCO	Cancer du poumon
	Dilatation des bronches	Emphysème	Fibrose pulmonaire
	Silicose	Syndrome Apnée du sommeil	Autres :
CARDIOVASCULAIRE	Angine de poitrine	Artérite	Hypertension artérielle
	Arythmie	Autre :	
METABOLIQUE	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 :

FC seuil de réentraînement:	VEMS (%):	Rapport Tiffeneau :
-----------------------------	-----------	---------------------

TRAITEMENT ET ALLERGIES

Allergies :	Traitements (copie ordonnance) :
-------------	----------------------------------

APPAREILLAGE :

Assistance respiratoire	Oxygénothérapie	Pression Positive continue
	Ventilation non invasive	Autre :
Cardiovasculaire	Simulateur cardiaque	Autre :
Métabolique	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 patients via Médimail :

.....@.....

