

De

Mr Mme Melle DDN :

Nom :

Prénom :

Liste des données **NECESSAIRES** pour l'inscription

- Coordonnées** du patient et de ses soignants (*ci-dessous*).
- Fiche-navette renseignée** (*voir au verso*).
- Examens para-cliniques : (**duplicata si possible**).
 - **Spirométrie** (VEMS, CVF réversibilité sous broncho-dilatateurs).
 - **Gazométrie de repos** (en air ambiant).
 - **Épreuve d'effort maximale triangulaire** (**données exhaustives**).

Si difficulté à organiser l'épreuve d'effort merci de contacter
Mme Justine Abellaneda au 06 14 29 78 58

COORDONNEES DU PATIENT

Adresse :

Téléphone : Port:

INTERVENANTS

Pneumologue

Nom : Prénom :

Médecin généraliste

Nom : Prénom :

Lieu d'exercice :

Cardiologue (*si pathologie cardiaque associée*)

Nom : Prénom :

Lieu d'exercice :

Dossier d'inscription disponible

sur le site internet du réseau : www.airplusr.com ou sur appel au 04 34 00 29 46

Fait le : Diagnostic Pneumologique :

Par : Pathologies Associées :

Coronaropathie Troubles du rythme β bloquants Limitation orthopédique Oxygénothérapie : l/min. – VNI

Tabagisme - PA – Sevré en : Poids : Taille : **Cocher si effectif**

INCAPACITES (physiques- psychologiques- cognitives)

-
-
-

PROJET DE VIE DU PATIENT

Quelles modifications attendues par le patient :
(objectifs concrets, réalisables dans les mois suivants)

- Personnels :
- Autres :
- Professionnels :

THEMATIQUES EDUCATIVES PRIORITAIRES

Indiquer de la façon la plus précise possible les thèmes éducatifs (gérer le traitement, l'alimentation, l'anxiété, l'activité physique...).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lutte contre la sédentarité | <input type="checkbox"/> Observance à l'assistance ventilatoire (O ₂ , VNI) |
| <input type="checkbox"/> Hygiène alimentaire adaptée | <input type="checkbox"/> Aide au sevrage tabagique |
| <input type="checkbox"/> Gestion des exacerbations | <input type="checkbox"/> Connaissance et prévention des facteurs aggravants |
| <input type="checkbox"/> Gestion des activités de la vie journalière | <input type="checkbox"/> Gestion angoisse et/ou dépression |
| <input type="checkbox"/> Observance médicamenteuse | Autres : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Education ventilatoire | Autres : <input type="text"/> |

Concernant Mr Mme Melle Nom : _____

Date Efx : _____

Pneumologue _____

Cardiologue _____

Merci de renseigner **le tableau suivant** ou de nous adresser le **CR de l'épreuve d'effort** qui précise, notamment la **Puissance et Fc de réentraînement**.

BILAN	O ₂	CHARGE	Paramètres cardio-vasculaires			DYSPNEE (Borg)
	Débit	Watts	FC	SaO ₂	TA	Score
Repos						
Échauffement						
Palier 1						
Palier 2						
Palier 3						
Palier 4						
Palier 5						
Palier 6						
Palier 7						
Palier 8						
Palier 9						
Palier 10						
Palier 11						
Palier 12						
Récup. active						
Récup. passive						

Noter à chaque palier la FC et l'index de Borg SVP

Puissance Maximale (Watts)
Tolérée plus de 1 mn

Facteur limitant :

respiratoire
 cardiaque
 périphérique

OBSERVATIONS
