

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Remplie par : Dr.....

Coordonnées du candidat à la réhabilitation respiratoire :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Téléphones : _____

Adresse : _____

Pathologie Respiratoire : BPCO Préciser le niveau de VEMS : > 80%
 Autre 50 à 80%
 30 à 50%
 < 30%

Tabagisme: Actif Sevré Année de sevrage :
 Non fumeur Nombre de paquets-années :

Antécédents Pulmonaires autres : Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS)
 Tuberculose
 Résection pulmonaire
 Autre

Antécédents cardiovasculaires :

HTA : Non Oui

Trouble du rythme ou conduction : Non Oui Pace Maker Non Oui

Coronaropathie : Non Oui préciser :

Oxygénothérapie : Non Oui

Si oui : Source Liquide Extracteur

Repos : L/min Ambulatoire : L/min

Prestataire :

Afin de faciliter la coordination médicale :
Joindre si possible le CR des EFR et CR ou lettre mentionnant l'histoire médicale.