

## 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%  
 50 à 80%  
 Autre .....  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.**