

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Remplie par : Dr.....

Coordonnées du candidat à la réadaptation respiratoire :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Téléphones : _____

Adresse en Ile de France : _____

Pathologie Respiratoire : BPCO en ALD 14 Oui Non

Préciser le niveau de VEMS : > 80% 50 à 80% 30 à 50% < 30%

Autre pathologie respiratoire chronique:

Tabagisme: Actif Sevré Non fumeur

Année de sevrage :

Nombre de paquets-années :

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

Antécédents cardiovasculaires :

HTA : Non Oui

Coronaropathie : Non Oui préciser :

Trouble du rythme ou conduction : Non Oui

Pace Maker Non Oui Défibrillateur implanté Non Oui

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.