

Évaluation fonctionnelle respiratoire

An M J Médecin référant (lettres moulées)

Cité de la Santé tél : (450) 975-5392 fax : (450) 975-5064 Centre ambulatoire tél : (450) 978-8601 fax : (450) 978-8338

N.B. le médecin doit fournir ces renseignements :

DIAGNOSTIC : _____

MEDICAMENTS : _____

ARRÊT DES MÉDICAMENTS : Oui Non

Espace réservé à l'usage du laboratoire

PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE LOCAL 1.88

LABORATOIRE DU SOMMEIL LOCAL 1.94

Spirométrie

- Débit exp. forcé (VEMS)
- Post BDT
- Boucle débit-volume complète
- Épreuve de routine (EFR)
- Test de provocation bronchique
- Mécanique respiratoire
- Échanges gazeux au repos
- Épreuves d'effort
 - Effort progressif (Stade 1)
 - Test marche 6 min (6MWJ)
 - Échanges gazeux à l'effort (Stade III)
- Gaz artériels _____
- Saturation repos Saturation marche
- Mesure des forces insp. exp. maximales
- Ventilation max minute (MVV)
- Réponse ventilatoire au CO₂
- Autres : _____

Apnée du sommeil Polysomnographie

En laboratoire

En ambulatoire

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostique | <input type="checkbox"/> Diagnostique |
| <input type="checkbox"/> Nuit partagée | <input type="checkbox"/> Thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> PRN | <input type="checkbox"/> A-flex |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique | <input type="checkbox"/> Bi-flex |
| <input type="checkbox"/> CPAP / cessé _____ jours avant | |
| <input type="checkbox"/> Tx. sans EEG | <input type="checkbox"/> BIPAP / cessé _____ jours avant |
| <input type="checkbox"/> O ₂ | |
| <input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes | <input type="checkbox"/> SV-2 |
| <input type="checkbox"/> Avec vidéo | |
| <input type="checkbox"/> Saturation nocturne | <input type="checkbox"/> O ₂ : _____ <input type="checkbox"/> CPAP : _____ <input type="checkbox"/> BIPAP : _____ |
| <input type="checkbox"/> Test itératif de latence au sommeil (MSLT) avec CPAP | |
| <input type="checkbox"/> Test itératif de latence au sommeil (MSLT) sans CPAP | |
| <input type="checkbox"/> Étude de maintien à l'éveil (MWT) | |
| <input type="checkbox"/> Méd. habituelle | <input type="checkbox"/> Méd. cessés _____ jours avant l'étude. |

Nom du ou des méd.(s) cessé(s) : _____

P₀

P₂

USAGE DU TABAC :

- N'a jamais fumé Fumeur (1 et 3 ci-dessous)
- A déjà fumé :
 1. Âge du début : _____
 2. Âge de l'arrêt : _____
 3. Consommation moyenne : _____

Signature du requérant