



## PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE-REQUÊTE

BUT DE L'EXAMEN – DIAGNOSTIC :	
<p><b>Cocher aux endroits appropriés</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bronchite chronique</p> <p><input type="checkbox"/> Emphysème</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrose</p> <p><input type="checkbox"/> Préopératoire</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnée inexplicquée</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnée à l'effort</p> <p><input type="checkbox"/> Apnée du sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Somnolence diurne</p>	<p><b>Renseignements cliniques</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Signature du médecin référent _____</p>	<p>Date _____</p>
<p>1. <input type="checkbox"/> Bilan de base (diffusion, VEMS avant et après bronchodilatateur, volumes pulmonaires, saturation)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Spirométrie (VEMS) <input type="checkbox"/> pré <input type="checkbox"/> Pré et post</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Gaz artériel <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> avec O<sub>2</sub> _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Provocation à la méthacholine (<i>prérequis : bilan de base</i>) - Enceinte Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/> Test de marche de 6 minutes <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> avec O<sub>2</sub> pour SpO<sub>2</sub> _____</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Mesure des forces inspiratoires et expiratoires (MFI-MFE)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Référence Centre d'enseignement d'asthme</p>	
<b>Sommeil</b>	
<p>8. <input type="checkbox"/> PCRS (polygraphe cardio respiratoire du sommeil)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> PCRS avec consultation et PEC en pneumologie * la priorité sera donnée si IAH &gt; 30</p> <p>10. <input type="checkbox"/> PCRS et consultation si IAH &gt; 15 Raison : _____</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Saturométrie nocturne <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> avec O<sub>2</sub> à _____ <input type="checkbox"/> avec CPAP à _____</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Titration auto CPAP _____ (<i>Réservé aux pneumologues</i>)</p>	
<p><b><u>Pour prendre rendez-vous (réservé aux professionnels de la santé):</u></b></p> <p>Envoyer la requête par télécopieur</p> <p>HND : 514-362-7620</p> <p>HV : 514-362-2813</p>	

Provenance : _____	
Nom à la naissance : _____	
Prénom : _____	
Date de naissance : _____	
Adresse : _____	
N°. Téléphone : _____	
N° Assurance maladie : _____	
<b>Date et heure du RDV</b>	<b>Hb _____ g/L</b>
Date _____	Date _____

**Informations complémentaires pour les usager·ère·s**

<b>Hôpital Notre-Dame</b>	<b>Hôpital de Verdun</b>
Clinique de Pneumologie et Physiologie respiratoire Hôpital Notre Dame 1560 Sherbrooke Est 4 <sup>e</sup> étage, pavillon Deschamps, F-4117 Montréal, QC, H2L 4M1 Tél : 514-413-8777 Poste : 125064 Fax : 514-362-7620	<b><u>POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS</u></b> Appelez au 514-362-1000 poste 62488 option 3 Suivre les instructions téléphonique
	<b><u>Pour le test</u></b> Entrer par l'entrée principale 4000 Boul. Lasalle, Verdun Prendre l'ascenseur 4 jusqu'au 2 <sup>e</sup> étage Suivre les instructions pour s'inscrire à la borne
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les examens prennent en moyenne une (1) heure);</li> <li>2. Des consignes pour votre examen, vous seront expliquées lors de l'attribution de votre rendez-vous;</li> <li>3. Si vous êtes enceinte ou vous allaitez, veuillez aviser le personnel lors de votre visite;</li> <li>4. Il est permis de prendre un repas léger;</li> <li>5. Il vous faut apporter:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• La requête originale (si le médecin référent vous l'a remise)</li> <li>• La carte d'Assurance maladie valide</li> <li>La liste de vos médicaments, s'il y a lieu.</li> </ul> </li> </ol>	
<p style="text-align: center;"><b>Si vous ne pouvez être présent·e à votre rendez-vous, veuillez nous en aviser le plus tôt possible pour annuler votre rendez-vous.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Hôpital Notre-Dame : 514-413-8777 poste 125064</b>  <b>Hôpital de Verdun : 514 362-1000 poste 62488 option 3</b></p>	