

Unité de Réadaptation Pneumologique Ambulatoire

Secrétariat

Tél. : _____ Date de demande : _____
Mail : _____ Fax : _____

Médecin ou établissement adresseur

Adresse : _____
Tél. : _____ Fax : _____
Mail : _____

Patient

Adresse : _____
Tél. : _____
Mail : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____
Statut professionnel : en activité retraité invalidité) :

Motif(s) de la demande

Pathologie pulmonaire chronique : _____
Symptômes : _____
Autre : _____
ATCD : _____
Oxygénodépendant : oui non Si oui : _____ L / min.
Préciser si handicap particulier : _____

Objectifs souhaités

Autres informations à signaler

Le patient doit se présenter à la première consultation avec :

- son ordonnance de traitement en cours
- si suivi pneumologique antérieur : un compte rendu de consultations et les résultats d'examens médicaux (exemples : EFR, VEMS, VO2 max, bilan sanguin).