



Appointment
Date/Time: _____

Demande d'examen de la fonction pulmonaire

Service d'inhalothérapie
Hôpital général de la baie Georgienne
Tél. 705 526-1300 poste 5090
Télec. 705 526-7837

Renseignements sur le patient

Nom : _____

DDN (jj/mm/aa) : _____

Numéro de carte Santé : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Section 1 : Le médecin-orienteur doit remplir les suivantes :

Diagnostic/Antécédents : _____

Raison de l'examen : _____

Médicaments/Inhalateurs : _____

Section 2 : Cocher les tests requis

- Exploration fonctionnelle respiratoire complète (spirométrie, volume pulmonaire, DLCO, réaction au bronchodilatateur avec salbutamol)
- Saturation en oxygène au repos
- Pré-spirométrie (sans inhalateur pendant 12 heures)
- Post-spirométrie (sans inhalateur pendant 12 heures)
- Mesure de la capacité pulmonaire seulement
- Mesure de la capacité de diffusion seulement
- Résistance des voies aériennes

Section 3 : Procédures spéciales

- Test de marche de six minutes (avec mesure de la distance parcourue)
- Programme d'oxygénothérapie à domicile Oxymétrie à l'exercice
 - Initial
 - Renouvellement
- * Essai à simple insu - test d'oxymétrie mesurant l'air/l'oxygène au repos et à l'exercice pour le financement de l'oxygénothérapie à domicile du MSSLD.*
- Gaz sanguins artériels à l'air ambiant
- Gaz sanguins artériels à l'oxygène _____ L/min.
- Puissance inspiratoire et expiratoire maximale (PIM/PEM)

Section 4 : Renseignements sur le médecin :

Médecin orienteur :

Médecin de famille :

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Signature du médecin

N° de facturation