

Double identité vérifiée

Date de naissance			N° de dossier	
Année	Mois	Jour		
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	

INSTALLATION : _____

DEMANDE D'EXAMEN
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

DATE

Année	Mois	Jour

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Usager hospitalisé → N° chambre : _____ Usager externe Âge : _____ Taille¹ : _____ Poids¹ : _____

POUR RECHERCHE DE DIAGNOSTIQUE - REMPLIR SECTION 1 ET 2

SECTION 1 - ÉPREUVES(S) DEMANDÉE(S)

PREMIÈRE VISITE → pour ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC - SÉLECTIONNER *UN DIAGNOSTIC* SUSPECTÉ SEULEMENT

IMPORTANT : Faire suivre les résultats de tests antérieurs avec la requête lorsque disponibles

Catégorie	DIAGNOSTIC SUSPECTÉ (OBLIGATOIRE)	Épreuves pouvant être réalisées selon le protocole
<i>Usager de 18 ans et plus</i>	<input type="checkbox"/> MPOC suspecté	Provocation bronchique à la méthacholine, DLCO ² , volumes pulmonaires, MIP-MEP
	<input type="checkbox"/> Asthme suspecté	Provocation bronchique à la méthacholine, DLCO ² , volumes pulmonaires
	<input type="checkbox"/> Évaluation de la dyspnée étiologie indéterminée	Provocation bronchique à la méthacholine, DLCO ² , volumes pulmonaires, MIP-MEP
<i>Usager de moins de 18 ans</i>	<input type="checkbox"/> Asthme suspecté ou évaluation de la dyspnée d'étiologie indéterminée	Et selon l'âge, possibilité de spirométrie pré/post, oscillométrie à impulsions (IOS) et provocation bronchique à la méthacholine

SI APPLICABLE :

Fumeur (nombre paquets/an) : _____

Vapotage :

Travail/exposition professionnelle :

Pour usager âgé de 3 à 5 ans :

- Est capable de demeurer debout calmement
- Suit des consignes simples
- Collabore avec des personnes qui lui sont étrangères

AVIS AU PROFESSIONNEL :

Si toutes les réponses sont affirmatives, un essai de IOS ou spirométrie peut être tenté à l'hôpital Fleurimont.

NOTE ADDITIONNELLE :

¹ Documenter dans le DCI (Ariane) si disponible

CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE - DIAGNOSTIC SUSPECTÉ (OBLIGATOIRE) :

Saturométrie nocturne : Air ambiant Avec oxygène : _____ L/min

Avec CPAP: _____ cmH₂O Avec BiPAP : _____/_____ cmH₂O

CO₂ transcutané

Mesure des résistances 3 - 5 ans

SUIVI - ÉVALUATION ET ENSEIGNEMENT CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE SEULEMENT

Description : Hygiène de vie, médication et environnement

Centre d'éducation sur l'asthme pédiatrique (CEA)

SECTION 2 - CONTRE-INDICATION(S) RELATIVES À L'EXAMEN DE SPIROMÉTRIE

(indiquer celles applicables au moment de la requête)

Aucune contre-indication

Reliées à l'augmentation de la demande myocardique ou des changements engendrés de la pression artérielle

Infarctus aigu du myocarde il y a moins d'une semaine
 Hypotension systémique ou hypertension sévère
 Arythmie auriculaire/ventriculaire importante

Insuffisance cardiaque non compensée
 Hypertension pulmonaire non contrôlée
 Cœur pulmonaire aigu
 Embolie pulmonaire cliniquement instable
 Antécédents de syncope liés à l'expiration/toux forcée

Reliées à l'augmentation de la pression intracrânienne/ intraoculaire

Anévrisme cérébral
 Chirurgie cérébrale dans les 4 semaines

Commotion cérébrale récente avec symptômes persistants
 Chirurgie oculaire en 1 semaine

Reliée à l'augmentation des pressions dans les sinus et l'oreille moyenne

Chirurgie des sinus ou chirurgie de l'oreille moyenne ou infection il y a moins d'une semaine

Reliées à l'augmentation de la pression intrathoracique et intra-abdominale

Présence d'un pneumothorax
 Chirurgie thoracique dans les 4 semaines

Chirurgie abdominale dans les 4 semaines
 Grossesse tardive (3^{ème} trimestre)

Problèmes de contrôle des infections

Infection respiratoire ou systémique transmissible active ou suspectée, y compris la tuberculose
 Conditions physiques prédisposant à la transmission d'infections, telles que l'hémoptysie, sécrétions importantes, ou lésions buccales ou saignements buccaux

SECTION 3 - ÉPREUVES (S) DEMANDÉE(S) POUR SUIVI - DIAGNOSTIC (OBLIGATOIRE) : _____

Le diagnostic n'est pas obligatoire si l'épreuve demandée concerne :

Pré-Embauche Projet De Recherche Clinique : numéro : _____ Pré-opératoire

Généralement utilisés en première ligne pour suivi (compléter la section 2)

Autres épreuves spécialisées possibles pour suivi (compléter la section 2)

Spirométrie³
 Spirométrie pré/post³
 (avec bronchodilatateurs)

DLCO² : Avec CVL⁵ CVF⁶ Stade de Jones 1 Bilan pré/post

Ne pas remplir la section 2 pour ces épreuves 

MIP-MEP⁴ CO₂ expiré DEP⁷ à la toux

Gaz artériel : Air ambiant Post installation d'oxygène
 Indiquer le nombre de mois sous O₂ : _____ à _____ L/min

² DLCO : Diffusion au monoxyde de carbone

³ Effectuer une demande au laboratoire de physiologie respiratoire uniquement si la spirométrie ou MIP-MEP n'est pas disponible en première ligne. Section CONTRE-INDICATIONS RELATIVES À L'EXAMEN DE SPIROMÉTRIE à compléter **OBLIGATOIREMENT**.

⁴ MIP : Pression inspiratoire maximale/MEP : Pression expiratoire maximale

⁵ CVL : Capacité vitale lente

⁶ CVF : Capacité vitale forcée

⁷ DEP : Débit expiratoire de pointe

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

EXAMEN(S) SPÉCIALISÉ(S) DEMANDÉ(S) → DOIT ÊTRE ENTÉRINÉ PAR UN PNEUMOLOGUE DU LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

DIAGNOSTIC ou SUSPICION (OBLIGATOIRE) : _____

IMPORTANT : Faire suivre les résultats de tests antérieurs avec la requête lorsque disponibles

<input type="checkbox"/> Provocation bronchique à la méthacholine	<input type="checkbox"/> FeNO
<input type="checkbox"/> Hyperventilation eucapnique	<input type="checkbox"/> Spirométrie assise - couchée
<input type="checkbox"/> Test de marche 6 minutes	<input type="checkbox"/> Stimulation à l'hypoxémie
<input type="checkbox"/> Expectorations induites	

Complément d'information pour le(s) examen(s) demandé(s) :

SECTION RÉSERVÉE AU PNEUMOLOGUE DU LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

Date : _____ Heure : _____ ACCEPTÉ AUTRE PROPOSITION

JUSTIFICATION DU PNEUMOLOGUE :

- Sélectionner « Asthme suspecté » dans examens généraux
- Sélectionner « Évaluation de la dyspnée » dans examens généraux
- Sélectionner « MPOC suspecté » dans examens généraux
- Sélectionner « Épreuves de physiologies respiratoires requises pédiatriques » dans examens généraux

Signature du pneumologue

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

Envoyer copie conforme à : _____

Signature du prescripteur

Nom en caractère d'imprimerie

Titre et n° de permis