



Dr. Stéphane Philbert

PNEUMOLOGUE

DEMANDE EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

Merci de remplir le questionnaire, le patient sera programmé et contacté par l'assistante dans les meilleurs délais.

Coordonnées médecin prescripteur :

Nom et prénom : _____

Adresse mail : _____

Numéro RPPS : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Coordonnées du patient :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : /_/_/_/_/

N° de téléphone : /_/_/_/_/_/

Indication

- ☐ Dyspnée
- ☐ Bilan de toux
- ☐ Evaluation asthme
- ☐ Dépistage ou suivi BPCO
- ☐ Bilan pré opératoire ou pré thérapeutique
- ☐ Autre : _____

Examen(s) demandé(s)

- ☐ Spirométrie
- ☐ Pléthysmographie
- ☐ Mesure de la diffusion
- ☐ Mesure du monoxyde d'azote exhalé
- ☐ Test de provocation bronchique à la Méthacholine
- ☐ Polygraphie ventilatoire
- ☐ Gazométrie artérielle
- ☐ Fibroscopie bronchique
- ☐ Je ne sais pas : à choisir par le pneumologue en fonction de l'indication

Gestion des résultats

- ☐ Je laisse la possibilité au pneumologue de compléter l'examen en fonction du résultat
- ☐ Je laisse la possibilité au pneumologue de programmer une consultation si nécessaire

Compte rendu résultats

- ☐ Remis au patient
- ☐ Par courrier au médecin demandeur
- ☐ Par mail au médecin demandeur

Commentaires : _____

