



Dr. Stéphane Philbert

PNEUMOLOGUE

0590 41.74. 80

efr.philbert@gmail.com

Ce document peut être complété directement avec Adobe Acrobat (cliquez sur "remplir et signer"), sans avoir à imprimer.

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 : 0690 _____ 0590 _____

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
- A choisir par le pneumologue en fonction de l'indication

Commentaires : _____

