

INSTALLATION : _____

DEMANDE D'EXAMEN PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

DATE

Année	Mois	Jour

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	

IDENTIFICATION DE L'USAGER

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

SI APPLICABLE :

- Fumeur (nombre paquets/an) : _____
- Vapotage : _____
- Exposition à la fumée secondaire : _____
- Travail exposition professionnelle : _____
- Comorbidités : _____
- Autres : _____

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
(oscillométrie à impulsions) ou spirométrie peut être tenté à
l'hôpital Fleurimont.

Diagnostic suspecté (**OBLIGATOIRE**) : _____

DONNÉES CLINIQUES ET OBSERVATIONS ADDITIONNELLES

		Oui	Non
Symptômes respiratoires	Sifflement		
	Essoufflement		
	Toux		
	Oppression thoracique		
Variabilité des symptômes respiratoires	Symptômes souvent pires la nuit ou très tôt le matin		
	Symptômes varient dans le temps et en intensité		
	Symptômes déclenchés par une infection virale, exercice, exposition à un allergène, changement de température, rire ou bien en présence d'irritants comme la fumée		
	<i>18 ans et plus</i> : Infections respiratoires à répétition		

Notes additionnelles : _____

OPI-H-002

¹ Documenter dans le DCI-CAE (Ariane), si applicable

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)

EXAMENS GÉNÉRAUX (première visite) → pour ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC - SÉLECTIONNER UNE CATÉGORIE SEULEMENT IMPORTANT : Faire suivre les résultats de tests antérieurs avec la requête lorsque disponibles

Catégorie	Description
<input type="checkbox"/> Évaluation de la fonction respiratoire	→ Hôpital de Granby Hôpital Fleurimont Hôtel-Dieu La Pommeraié : Spirométrie avec bronchodilatateur + DLCO ² pour usager de 18 ans et plus → Autres installations et GMF (si applicable): Spirométrie avec bronchodilatateur Puis, selon protocole, possibilité de volumes pulmonaires, provocation bronchique à la méthacholine.
<input type="checkbox"/> Asthme suspecté ou épreuves de physiologies respiratoires pédiatriques requis	→ Spirométrie avec bronchodilatateur ou mesures des résistances (3 à 5 ans) ¹ Puis, selon protocole et l'âge, possibilité de provocation bronchique à la méthacholine, DLCO ² , volumes pulmonaires.

EXAMENS POUR SUIVI - Diagnostic obligatoire : _____

<input type="checkbox"/> Spirométrie ³	<input type="checkbox"/> DLCO ²	<input type="checkbox"/> Gaz artériel	<input type="checkbox"/> Post installation d'oxygène : Indiquer le nombre de mois : ____ à ____ L/min
<input type="checkbox"/> Volumes pulmonaires	<input type="checkbox"/> MIP-MEP ⁴		<input type="checkbox"/> Air ambiant <input type="checkbox"/> Avec oxygène : ____ L/min

Clientèle pédiatrique

Saturométrie Air ambiant Avec oxygène : _____ L/min

CO₂ transcutané

Mesure des résistances 3-5 ans

¹ Advenant l'impossibilité d'effectuer une spirométrie -Hôpital Fleurimont seulement

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

ÉVALUATION ET ENSEIGNEMENT

Description : Hygiène de vie, médication et environnement

Centre d'éducation sur l'asthme (CEA) → Lieu : _____

CONTRE-INDICATION(S) RELATIVES À L'EXAMEN DE SPIROMÉTRIE (indiquer celles applicables au moment de la requête)

Reliées à l'augmentation de la demande myocardique ou des changements engendrés de la pression artérielle	<input type="checkbox"/> Infarctus aigu du myocarde il y a moins d'une semaine <input type="checkbox"/> Hypotension systémique ou hypertension sévère <input type="checkbox"/> Arythmie auriculaire/ventriculaire importante	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque non compensée <input type="checkbox"/> Hypertension pulmonaire non contrôlée <input type="checkbox"/> Cœur pulmonaire aigu <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire cliniquement instable <input type="checkbox"/> Antécédents de syncope liés à l'expiration/toux forcée
Reliées à l'augmentation de la pression intracrânienne/ intraoculaire	<input type="checkbox"/> Anévrisme cérébral <input type="checkbox"/> Chirurgie cérébrale dans les 4 semaines	<input type="checkbox"/> Commotion cérébrale récente avec symptômes persistants <input type="checkbox"/> Chirurgie oculaire en 1 semaine
Reliée à l'augmentation des pressions dans les sinus et l'oreille moyenne	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Présence d'un pneumothorax <input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique dans les 4 semaines	<input type="checkbox"/> Chirurgie abdominale dans les 4 semaines <input type="checkbox"/> Grossesse tardive
Problèmes de contrôle des infections	<input type="checkbox"/> Infection respiratoire ou systémique transmissible active ou suspectée, y compris la tuberculose <input type="checkbox"/> Conditions physiques prédisposant à la transmission d'infections, telles que l'hémoptysie, sécrétions importantes, ou lésions buccales ou saignements buccaux	
<input type="checkbox"/> Aucune contre-indication		

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

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

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

<input type="checkbox"/> Provocation bronchique à la méthacholine	<input type="checkbox"/> Stade de Jones 1
<input type="checkbox"/> Hyperventilation eucapnique	<input type="checkbox"/> Stade de Jones 2
<input type="checkbox"/> Test de marche 6 minutes	<input type="checkbox"/> Stade de Jones 3
<input type="checkbox"/> Expectorations induites	<input type="checkbox"/> Bronchoprovocation à l'exercice
<input type="checkbox"/> Spirométrie assise - couchée	<input type="checkbox"/> Débit de pointe à la toux
<input type="checkbox"/> Stimulation à l'hypoxémie	<input type="checkbox"/> FeNO

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 : _____

Signature du pneumologue

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

Envoyer copie conforme à : _____

Signature de l'intervenant

Nom en caractère d'imprimerie

Titre et n° de permis