

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 : \_\_\_\_\_ Taille<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Poids<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

**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
<b>Symptômes respiratoires</b>	Sifflement		
	Essoufflement		
	Toux		
	Oppression thoracique		
<b>Variabilité des symptômes respiratoires</b>	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-IH-002

<sup>1</sup> 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	→ <b>Hôpital de Granby   Hôpital Fleurimont   Hôtel-Dieu   La Pommeraié :</b> Spirométrie avec bronchodilatateur + DLCO <sup>2</sup> pour usager de 18 ans et plus → <b>Autres installations et GMF (si applicable):</b> 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) <sup>1</sup> Puis, selon protocole et l'âge, possibilité de provocation bronchique à la méthacholine, DLCO <sup>2</sup> , volumes pulmonaires.

**EXAMENS POUR SUIVI - Diagnostic obligatoire :** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Spirométrie <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> DLCO <sup>2</sup>	<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 <sup>4</sup>		<input type="checkbox"/> Air ambiant <input type="checkbox"/> Avec oxygène : ____ L/min

**Clientèle pédiatrique**

Saturométrie  Air ambiant  Avec oxygène : \_\_\_\_\_ L/min

CO<sub>2</sub> transcutané

Mesure des résistances 3-5 ans

<sup>1</sup> Advenant l'impossibilité d'effectuer une spirométrie - Hôpital Fleurimont seulement

<sup>2</sup> DLCO : Diffusion au monoxyde de carbone

<sup>3</sup> 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**.

<sup>4</sup> 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)

<b>Reliées à l'augmentation de la demande myocardique ou des changements engendrés de la pression artérielle</b>	<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
<b>Reliées à l'augmentation de la pression intracrânienne/ intraoculaire</b>	<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
<b>Reliée à l'augmentation des pressions dans les sinus et l'oreille moyenne</b>	<input type="checkbox"/> Chirurgie des sinus ou chirurgie de l'oreille moyenne ou infection il y a moins d'une semaine	
<b>Reliées à l'augmentation de la pression intrathoracique et intra-abdominale</b>	<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
<b>Problèmes de contrôle des infections</b>	<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		

**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