

AIDE-MÉMOIRE REQUÊTE DE PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

DIRECTION DES SERVICE MULTIDISCIPLINAIRE

2024-03-04

CONSIGNES D'UTILISATION

COLLECTE DE DONNÉES DE L'USAGER

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Québec

INSTALLATION : _____

DEMANDE D'EXAMEN
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

DATE : Année | Mois | Jour

IDENTIFICATION DE L'USAGER
 Usager hospitalisé → N° chambre : _____ Usager externe Âge : _____ Taille¹ : _____ Poids¹ : _____

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	

UTILISER CETTE SECTION POUR ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC

OBLIGATOIRE pour établir un diagnostic car permet l'application du protocole médical.

SÉLECTIONNER seulement une des deux catégories. **IL N'EST PLUS** nécessaire de choisir individuellement les épreuves qui seront réalisées pour l'établissement d'un diagnostic.

POUR RECHERCHE DE DIAGNOSTIC – REMPLIR SECTION 1 ET 2

SECTION 1 - ÉPREUVE(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
Usager de 18 ans et plus	<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
Usager de moins de 18 ans	<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

Description sommaire des épreuves pouvant être réalisées par la suite selon les différents algorithmes. À titre informatif.

AIDE-MÉMOIRE

REQUÊTE DE PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

COLLECTE DE DONNÉES *complémentaires*

Facilite l'évaluation de l'utilisateur.

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.

CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Permet de déterminer la capacité de l'enfant à réaliser l'épreuve.

OPTIONNEL

Transmettre toutes autres informations jugées pertinentes.

NOTE ADDITIONNELLE : _____

UTILISER CETTE SECTION POUR UN EXAMEN DE SUIVI *PÉDIATRIQUE*- DIAGNOSTIC SUSPECTÉ

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)

OBLIGATOIRE pour confirmer le suivi

Sélectionner l'épreuve de suivi en lien avec le diagnostic ou pour la clientèle PÉDIATRIQUE l'enseignement demandé.

DOCUMENTER LES CONTRE-INDICATION (S) RELATIVES À LA SPIROMÉTRIE

OBLIGATOIRE sinon la requête sera RETOURNÉE au prescripteur.

Exemption : Demande de :

- MIP-MEP
- Gaz artériel
- DEP à la toux
- CO₂ expiré

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	<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 (3 ^{ème} trimestre)
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	

À cocher si AUCUNE contre-indication. Permet de s'assurer que la section a été dûment remplie.

