

DEMANDE DE SERVICES ET DE SUIVIS
RESPIRATOIRES

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____ SEXE : F M

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉL. : _____

DATE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____

HISTOIRE DE SANTÉ

DIAGNOSTICS :

- Asthme Apnée du sommeil Pneumonie MPOC léger VEMS/CV < 0.70 et VEMS entre 60 et 79 % de la prédite
 modéré VEMS/CV < 0.70 et VEMS entre 40 et 59 % de la prédite
 sévère VEMS/CV < 0.70 et VEMS < 40 % de la prédite
 Gold _____

Bronchiectasie SOHV

Néo pulmonaire Fibrose pulmonaire

Diagnostic(s) provisoire(s) : _____

Autre(s) ou spécification(s) : _____

ANTÉCÉDENTS ET HISTORIQUE :

- Nombre d'hospitalisations ou de consultations à l'urgence pour des problèmes respiratoires au cours de la dernière année : _____
- Nombre d'exacerbations qui ont nécessité une augmentation de la prise de BACA dans la dernière année : _____
- Nombre de surinfections qui ont nécessité des antibiotiques dans la dernière année : _____
- Tabagisme : N'a jamais fumé Ancien fumeur Fumeur
- L'utilisateur est déjà suivi par un inhalothérapeute à domicile : OUI NON
- L'utilisateur est oxygéné dépendant : OUI NON

SERVICE DEMANDÉ

Références par médecins, infirmières praticiennes spécialisées et autres professionnels habilités

Télécopieur

<input type="checkbox"/>	Centre d'enseignement aux asthmatiques adultes et MPOC (exclue une consultation médicale) - Idéalement, l'utilisateur devrait se présenter avec son plan d'action ou un traitement déjà initié		1-833-669-2400
<input type="checkbox"/>	Centre d'enseignement aux asthmatiques pédiatriques (exclue une consultation médicale) - Idéalement, l'utilisateur devrait se présenter avec son plan d'action ou un traitement déjà initié	< 16 ans seulement	450-978-8339

Références par médecins et infirmières praticiennes spécialisées

<input type="checkbox"/>	Programme d'enseignement MPOC (Mieux vivre avec la MPOC-programmes de 5 semaines)		450-978-8338
<input type="checkbox"/>	Programme régionale d'inhalothérapie en support aux cliniques médicales (PRISCM)		1-833-669-2400
<input type="checkbox"/>	Clinique d'asthme pédiatrique (Inclue une consultation médicale par pédiatre)	< 16 ans seulement	450-978-8339
<input type="checkbox"/>	Évaluation en vue d'une réadaptation respiratoire à HJR : <input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire - Une spirométrie et la dernière consultation en pneumologie sont requises - Possibilité de téléconsultation		450-688-0421

Références par pneumologues et médecins désignés seulement

<input type="checkbox"/>	Réseau externe de soins aux patients avec insuffisance respiratoire (RESPIR)		450-978-8338
<input type="checkbox"/>	Suivi de pneumonie : Relance téléphonique par infirmière ou inhalothérapeute (3 jours)		450-978-8338
<input type="checkbox"/>	Suivi au soutien à domicile en inhalothérapie selon le programme et la priorité de l'offre de service en inhalothérapie		450-975-8624
<input type="checkbox"/>	Autre (s) : _____		

Signature du professionnel : _____ Numéro de permis : _____ Date : _____