

Questionnaire - Atteinte respiratoire

Client

| | | | |
|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> | Prénom | <input type="text"/> |
| Rue | <input type="text"/> | NPA / Lieu | <input type="text"/> |
| Sexe | <input type="text"/> | Tél. | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> | eMail | <input type="text"/> |
| Numéro de client | <input type="text"/> | No de proposition | <input type="text"/> |

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel. Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg date:

Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:

Tabagisme: Non Oui Si oui, quoi? Nombre/jour? E-cigarette: Non Oui

Ancien fumeur: Non Oui depuis quand?

Diagnostic:

| | Non | Oui | Cause | Date |
|--|-----------------------|-----------------------|---|---|
| Asthme: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fréquence des symptômes: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Date de la dernière crise: | <input type="text"/> | | | |
| Allergique? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Bronchite chronique: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rhinite allergique: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Emphysème: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tuberculose: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> pulmonaire <input type="radio"/> extra-pulmonaire | <input type="text"/> |
| Bronchectasie: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Apnée du sommeil: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> obstructive <input type="radio"/> centrale | <input type="text"/> |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Compliance: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | non traitée <input type="radio"/> traitée, lequel: <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | depuis quand (mois/année)? <input type="text"/> | |
| | | | IAH lors du diagnostic: <input type="text"/> | IAH sous traitement: <input type="text"/> |
| | | | Saturation en oxygène pendant le sommeil: <input type="text"/> | Lors du diagnostic: <input type="text"/> |
| | | | | Sous traitement: <input type="text"/> |
| Autre: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Traitements en cours?

Non Oui

Merci d'indiquer tous les traitements

Lesquels?
(préciser le nom du/des médicament(s)
et leur dosage)

Depuis quand?

(mois / année)

Stéroïdes

Dosage?

Combien de semaines sur les derniers 24 mois?

Traitement chirurgical

Date d'intervention:

Autre

Lesquels:

Si interrompu, veuillez préciser les raisons
et depuis quand:

Examens réalisés au cours des 12 derniers mois:

imagerie pulmonaire

épreuves fonctionnelles respiratoires

autres

Lesquels:

Résultats:

Date:

Symptômes:

léger/mineur modéré sévère

Précisions:

Lesquels?

Fréquence:

Présence de Dyspnée:

Non Oui au repos à l'effort modéré
 à l'effort intense

Précisions:

VEMS ou DEP - % de la valeur théorique:

Incapacité de travail due aux problèmes respiratoires?

Non Oui

Si oui, quand:

Durée:

Pourcentage:

Hospitalisation due aux problèmes respiratoires?

Non Oui

Si oui, quand:

Durée:

Raisons:

Complications:

non oui

Lesquelles:

Autres traitements ou maladies connues?

Lesquels?

Quels traitements?

Depuis quand?

(mois/année)

Raisons:

Autres commentaires:

Prrière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél.

Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.