



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Remplie par : Dr	
Coordonnées du candidat à la réhabilitation respiratoire :	
Nom: Prénon	Date de naissance :
Téléphones :	
Adresse:	
·	Préciser le niveau de VEMS : □ > 80% Oui □ Non □ 50 à 80%
☐ Autre pathologie respiratoire chronique:	
Tabagisme: ☐ Actif ☐ Sevré	Année de sevrage :
☐ Non fumeur	Nombre de paquets-années :
Antécédents Pulmonaires autres :	☐ Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS)☐ Tuberculose☐ Principal de la Commeil (SAS)☐ Tuberculose☐ Principal de la Commeil (SAS)☐ Principal de la Commeil de la Commei
	☐ Résection pulmonaire ☐ Autre
Antécédents cardiovasculaires :	
Coronaropathie: 🗆 Non 🗆 Oui p	réciser:
Trouble du rythme ou conduction : \square Non \square Oui	
Pace Maker □ Non □ Oui Défibrillateur implanté □ Non □ Oui	
Oxygénothérapie : □ Non □ Oui	
Si oui : Source □ Liquide □ Extracteur	
Repos: L/min Ambulatoire: L/min	
Prestataire:	

Afin de faciliter la coordination médicale : Joindre si possible le CR des EFR <u>et</u> CR ou lettre mentionnant l'histoire médicale.