

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Remplie par : Dr.....

Coordonnées du candidat à la réhabilitation respiratoire :		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Téléphones :		
Adresse :		

Pathologie Respiratoire : BPCO
 Autre

Tabagisme : Actif Sevré nombres de paquets-années :
 Non fumeur

Antécédents cardiovasculaires :

HTA : Non Oui

Trouble du rythme ou conduction : Non Oui Pace Maker Non Oui

Coronaropathie : Non Oui préciser :

Traitement (à visée bronchique, cardiovasculaire, anticoagulation, aspirine) :

.....

.....

.....

.....

Oxygénothérapie : Non Oui

Si oui : Source Liquide Extracteur

Repos : L/min Ambulatoire : L/min

Prestataire :