

## RECOMMANDATIONS POUR LE STAGE DE RÉHABILITATION RESPIRATOIRE

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

demande au réseau Récup'Air d'organiser la réhabilitation respiratoire

de M. /Mme \_\_\_\_\_

et autorise le coordinateur médical du Réseau à préciser les modalités du programme et en particulier celles du réentraînement (niveau d'exercice avec fréquence cardiaque cible, nécessité ou non d'oxygénothérapie\*) à l'exercice sur la base d'un bilan fonctionnel réalisé selon les recommandations d'usage.

Je demande au réseau d'organiser, dans le cadre du programme de réhabilitation respiratoire, une prise en charge auprès \*

- |                           |                              |                              |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ■ d'un(e) tabacologue     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ■ d'un(e) psychologue     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ■ d'un(e) diététicien(ne) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

*\* Les consultations de ces spécialistes du Réseau ont lieu soit au siège administratif du Réseau, soit à leur cabinet respectif.*

Date :

Tampon et Signature du prescripteur

*\* En cas de nécessité d'oxygénothérapie pendant le ré-entraînement à l'exercice, si cette dernière n'est pas déjà prescrite ou ne l'est pas sous une forme adaptée (dispositif ambulatoire au mieux sous forme liquide), le réseau recontactera le médecin prescripteur pour une prescription auprès du prestataire de son choix.*