

RECOMMANDATIONS POUR LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION RESPIRATOIRE

Je soussigné(e), Docteur _____

demande au réseau Récup'air d'organiser la réadaptation 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'évaluer, dans le cadre du programme de réadaptation respiratoire, les besoins d'une prise en charge conjointe diététique, psychologique et/ou tabacologique.

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.*