



**Établissement OUEST**

Association Occitan'air Ouest  
33 rue des Glycines, 31500 Toulouse



05.61.80.29.78



contact@occitanair.fr



**Établissement EST**

Association Occitan'air Est  
59 avenue de Fès, 340800 Montpellier



06.14.29.78.58



contact@occitanair.fr

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## PROGRAMME DE RÉHABILITATION À DOMICILE



### Éléments nécessaires pour l'inscription

- ✓ Ce dossier d'inscription renseigné
- ✓ **Examens para-cliniques** : (duplicata si possible).
  - Spirométrie (VEMS, CVF réversibilité sous broncho-dilatateurs).
  - Gazométrie de repos (en air ambiant).
  - Épreuve d'effort maximale triangulaire (données exhaustives).

### INFORMATIONS ET DONNÉES PATIENT

Nom :   Mr  Mme  
Prénom :  DDN :  /  /   
Adresse :   
Téléphone fixe :  Téléphone mobile :   
Adresse mail :   
Poids :  Taille :

### INTERVENANTS MÉDICAUX

#### PNEUMOLOGUE

Nom :  Prénom :

#### MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nom :  Prénom :

Lieu d'exercice :

#### AUTRE SPÉCIALISTE :

Nom :  Prénom :

Lieu d'exercice :

# Page 2 - PAYSAGE

## INFORMATIONS PATIENT

Fait le :  /  /  Par le Dr :

Diagnostic Pneumologique :

Autres pathologies :

Coronaropathie     Troubles du rythme     Limitation orthopédique     VNI     PPC

$\beta$  Bloquants     Oxygénothérapie :  l/min.     Tabagisme : PA  ou Sevré en

Cocher si effectif

## LIMITATIONS (d'activités et/ou de participation)

- 
- 
- 
- 
- 

## INFORMATIONS PATIENT

**Objectifs poursuivis concrets, réalisables dans les mois suivants :**

- Personnels :
- Autres :
- Professionnels :

## THEMATIQUES EDUCATIVES PRIORITAIRES

Indiquer de la façon la plus précise possible les thèmes éducatifs (gérer le traitement, l'alimentation, l'anxiété, l'activité physique...).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lutte contre la sédentarité | <input type="checkbox"/> Observance à l'assistance ventilatoire (O2, VNI)   |
| <input type="checkbox"/> Hygiène alimentaire adaptée | <input type="checkbox"/> Aide au sevrage tabagique                          |
| <input type="checkbox"/> Gestion des exacerbations   | <input type="checkbox"/> Connaissance et prévention des facteurs aggravants |
| <input type="checkbox"/> Observance médicamenteuse   | <input type="checkbox"/> Gestion angoisse et/ou dépression                  |
| <input type="checkbox"/> Education ventilatoire      | <input type="checkbox"/> Gestion des activités de la vie journalière        |

Autres :     Autres :

# ÉPREUVE D'EFFORT INCRÉMENTALE TRIANGULAIRE

Nom patient :  Date :  /  /

Opérateur :

EFR (si connue) : % CV théo :  % % VEMS théo :  %

BILAN	DÉBIT O <sup>2</sup>	CHARGE WATTS	PARAMÈTRES CARDIO- VASCULAIRES			SCORE DYSPNÉE (BORG)
			FC	SAO2	TA	
Repos						
Échauff.						
Palier 1						
Palier 2						
Palier 3						
Palier 4						
Palier 5						
Palier 6						
Palier 7						
Palier 8						
Palier 9						
Palier 10						
Palier 11						
Palier 12						
Récup. active						
Récup. passive						

**PUISSANCE MAXIMALE WATTS  
/ TOLÉRÉE PLUS DE 1 MN**

**FACTEURS LIMITANTS**

- Respiratoire
- Cardiaque
- Périphérique

**OBSERVATIONS**