

# Unité de Réadaptation Pneumologique Ambulatoire

## Secrétariat

Tél.:

Mail :

Date de demande :

Fax :

## Médecin ou établissement adresseur

Adresse :

Tél.:

Mail :

Fax :

## Patient

Adresse :

Tél.:

Mail :

Date de naissance :

Âge :

Statut professionnel :  en activité  retraité  invalidité) :

## Motif(s) de la demande

BPCO

Asthme

Trouble ventilatoire chez l'obèse

Insuffisance cardiaque gauche

Covid long

Fibrose

Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

ATCD : \_\_\_\_\_

Oxygénodépendant :  oui  non

Si oui : \_\_\_\_\_ L / min.

Préciser si handicap particulier : \_\_\_\_\_

## Objectifs souhaités

## Autres informations à signaler

**Le patient doit se présenter à la première consultation avec :**

- un bilan biologique de moins de 3 mois, avec entre autres : vitamine D, albuminémie, CRP
- son ordonnance
- un bilan pneumologique : EFR, VEMS, VO2 max