

Centre régional de santé de North Bay

Services cardiorespiratoires Demande d'exploration fonctionnelle pulmonaire



Composez le 705 474-8600, poste 4531, pour prendre rendez-vous et envoyez la demande par télécopieur au 705 495-8116.

Nom du patient ou de la patiente : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : (maison) _____ (cellulaire) _____

Médecin traitant : _____ N° de carte Santé : _____

Indication pour l'examen :

- asthme maladie pulmonaire obstructive chronique toux fibrose pulmonaire essoufflement
 raisons préopératoires AUTRE : _____

Exploration fonctionnelle pulmonaire

On effectue une spirométrie après l'utilisation d'un bronchodilatateur (4 bouffées de salbutamol) si la personne ne répond pas aux critères habituels.

- PRÉ/POST spirométrie (seulement)
 Exploration fonctionnelle pulmonaire complète (spirométrie, volumes pulmonaires, capacité de diffusion pulmonaire du monoxyde de carbone)

Tests de provocation de l'asthme

- Test de provocation à la méthacholine (pour évaluer l'hyperactivité des voies aériennes si les résultats de la spirométrie sont normaux)
 Test de provocation au mannitol (pour évaluer la bronchoconstriction à l'exercice en cas de réponse négative au test de provocation à la méthacholine)

Autres interventions et examens :

- Gaz sanguins artériels (GSA)

Note : Dans le cas d'une évaluation de l'admissibilité à l'oxygénothérapie à domicile, fournissez à la personne le formulaire de demande de services de laboratoire du CRSNB en consultation externe pour l'analyse de GSA à l'air ambiant et, si indiqué, obtenez du fournisseur d'oxygénothérapie à domicile un enregistrement de la saturation en oxygène à l'effort.

- Épreuve de marche de six minutes
 Évaluation indépendante à l'effort (pour l'évaluation de l'admissibilité à l'oxygénothérapie à domicile)

Demandes du médecin : (veuillez inclure tous les antécédents médicaux et les renseignements pertinents)

- Enseignement (asthme ou maladie pulmonaire obstructive chronique à tout âge) : utilisation des médicaments et de l'inhalateur; reconnaissance des facteurs qui déclenchent les symptômes, etc.

**** Sans compter les demandes de pneumologues. On ne peut poser de diagnostic ou prescrire de médicaments à cette clinique.**

Date : _____ Signature du médecin : _____

Nom du médecin en lettres moulées : _____