InspiAIR®
ENTREPRISE LOCALE
Respirez. Dormez.

DEMANDE DE CONSULTATION ET DE SERVICES RESPIRATOIRES

Renseignements du patient privilégiée et confidentielle

INFORMATION DE PATIENT(E)

Nom/Prénom: _____ Sexe: ❒ M ❒ F

Date de naissance: _____ (mois / jour / année) Adresse: _____

No. d'assurance maladie: _____ _____

No. de téléphone: _____

DIAGNOSTIC

Diagnostic primaire: _____

Diagnostic secondaire: _____

Soins palliatifs ❒ Oui ❒ Non

RÉSULTATS DE GAZ ARTÉRIEL DU SANG (GAS)

Date: _____ (mois / jour / année) pH _____

PCO_2 _____ PO_2 _____

SaO_2 _____ ❒ Le GAS n'a pas pu être fait à cause du risque médical

OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

au repos: _____ L/min _____ h/24

à l'effort _____ L/min _____ h/24

la nuit _____ L/min _____ h/24

❒ Maintenir $SpO_2 \geq 88\%$

ÉVALUATION RESPIRATOIRE

Analyse d'oximétrie à l'air ambiant.

❒ au repos ❒ à l'effort ❒ nocturne

SOMMEIL

❒ Thérapie CPAP _____ cm H_2O ❒ Thérapie auto-CPAP _____ Pression min _____ Pression max

❒ Thérapie bi-niveau (BiPAP) _____ cm H_2O

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom: _____ Tél: _____

Hôpital/Clinique: _____ No. de Facturation (OHIP) _____

Signature: X _____ Date: _____ (mois / jour / année)

VEUILLEZ, TÉLÉCOPIER À InspiAIR au 613-422-8055
Durant les heures d'ouverture
Hors de ces heures, téléphoner au 613-422-8000