

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: _____ Adresse: _____
mois / jour / année

No. d'assurance maladie: _____

No. de téléphone: _____

DIAGNOSTIC

Diagnostic primaire: _____

Diagnostic secondaire: _____

Soins palliatifs ☐ Oui ☐ Non

RÉSULTATS DE GAZ ARTÉRIEL DU SANG (GAS)

Date: _____ pH _____
mois / jour / année

PCO₂ _____ PO₂ _____

SaO₂ _____ ☐ 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 SpO₂ ≥ 88%

ÉVALUATION RESPIRATOIRE

Analyse d'oximétrie à l'air ambiant.

☐ au repos ☐ à l'effort ☐ nocturne

SOMMEIL

☐ Thérapie CPAP _____ cm H₂O ☐ Thérapie auto-CPAP _____ Pression min _____ Pression max

☐ Thérapie bi-niveau (BiPAP) _____ cm H₂O

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