

(Logo de l'établissement)

## ÉVALUATION MÉDICALE ET BIOPSYCHOSOCIALE

|                                                                            |                                                                      |             |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Nom du patient:</b>                                                     | <b>Date de naissance:</b>                                            | <b>Âge:</b> |
| <b>Sexe:</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | <b>No ass. maladie :</b>                                             |             |
| <b>Adresse du patient:</b>                                                 | <b>No tel. (maison):</b> (____) _____ - _____                        |             |
|                                                                            | <b>No tel. (travail):</b> (____) _____ - _____                       |             |
|                                                                            | <b>Cellulaire:</b> (____) _____ - _____                              |             |
| <b>Diagnostic de maladie respiratoire:</b>                                 |                                                                      |             |
| <input type="checkbox"/> Bronchiectasies                                   | <input type="checkbox"/> Asthme                                      |             |
| <input type="checkbox"/> Emphysème                                         | <input type="checkbox"/> Fibrose pulmonaire                          |             |
| <input type="checkbox"/> Bronchite chronique                               | Autre: _____                                                         |             |
| <b>Autres conditions associées à cette maladie:</b>                        |                                                                      |             |
| <input type="checkbox"/> Ischémie cardiaque                                | <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement des muscles squelettiques |             |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque globale                    | <input type="checkbox"/> Cachexie et malnutrition                    |             |
| <input type="checkbox"/> Arythmies cardiaques                              | <input type="checkbox"/> Glaucome et cataracte                       |             |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque                            | <input type="checkbox"/> Dépression                                  |             |
| <input type="checkbox"/> Hypertension pulmonaire                           | <input type="checkbox"/> Troubles d'anxiété et de panique            |             |
| <input type="checkbox"/> Cancer du poumon                                  | <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme (diabète)           |             |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose et fractures                          | Autre : _____                                                        |             |
| <b>Médicaments :</b>                                                       | <b>Observance au traitement :</b>                                    |             |
| _____                                                                      | _____                                                                |             |
| <b>Nom du médicament</b>                                                   | <b>Notes</b>                                                         |             |
| _____                                                                      | _____                                                                |             |
| <b>Nom du médicament</b>                                                   | <b>Notes</b>                                                         |             |
| _____                                                                      | _____                                                                |             |
| <b>Nom du médicament</b>                                                   | <b>Notes</b>                                                         |             |
| _____                                                                      | _____                                                                |             |
| <b>Nom du médicament</b>                                                   | <b>Notes</b>                                                         |             |
| _____                                                                      | _____                                                                |             |
| <b>Nom du médicament</b>                                                   | <b>Notes</b>                                                         |             |

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| Nom du médicament         | Notes               |
| Nom du médicament         | Notes               |
| Nom du médicament         | Notes               |
| Nom du médicament         | Notes               |
| Nom du médicament         | Notes               |
| Nom du médecin traitant : | Nom du pharmacien : |

### Histoire médicale respiratoire:

|                                                |                                             |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Infections respiratoires:                      | N. d'exacerbations dans la dernière année : |
| N. d'hospitalisations dans la dernière année : |                                             |

### Tabagisme :

|                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Pt fume-t-il ? OUI / NON | Si oui, combien de cigarette/jour ? |
|                          | Si non, a-t-il déjà fumé ?          |

### Oxygénothérapie:

|                       |                     |                          |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|
| Nocturne :            | Journalière :       | N. d'heures total/jour : |
| À l'effort seulement: |                     |                          |
| CPAP/ BiPAP           | Pression (cm H2O) : |                          |

**Épreuves de fonction pulmonaire:**

| Paramètre | Mesuré | % prédite |
|-----------|--------|-----------|
| VEMS      |        |           |
| CVF       |        |           |
| VEMS/CVF  |        |           |

**Anxiété/dépression :**

|                                                                      |                                             |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Pt souffre-t-il de troubles d'anxiété ou de dépression?<br>OUI / NON | Si oui, depuis quand?<br><br>Commentaires : |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

**Habitudes de vie :**

|                                                    |                             |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| Pt suit-il un programme d'exercices actuellement?  | OUI / NON<br>Commentaires : |
| Pt devrait-il avoir une consultation en nutrition? | OUI / NON<br>Commentaires : |
| Pt a-t-il de la difficulté à dormir?               | OUI / NON<br>Commentaires : |

Grandeur (mètres) : \_\_\_\_\_

Poids (kg) : \_\_\_\_\_

IMC (poids / grandeur [m<sup>2</sup>]): \_\_\_\_\_

**Limitations musculaires ou squelettiques à l'exercice :**

---

---

---

**Autres commentaires :**

---

---

---

---

**Signature du médecin :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_