

INHALOTHÉRAPIE Demande de traitement

Établissement :															
Diagnostic médical															
Date Année Mois Jour		Heure		Represcrit Année Mois Jour		Heure									
Ordonnance(s) initiale(s)						Nom du médecin requérant									
Nombre de jours : _____		Fréquence : _____		Urgent <input type="checkbox"/>											
Aérosol doseur <input type="checkbox"/>		Spirométrie incitative <input type="checkbox"/>		Canule nasale _____ Litre <input type="checkbox"/>		Réanimation cardio-respiratoire <input type="checkbox"/>									
Aérosol <input type="checkbox"/>		Rééducation respiratoire <input type="checkbox"/>		SaO ₂ <input type="checkbox"/> ETCO ₂ <input type="checkbox"/>		Autres (préciser) : _____									
Nébulisation par ultrason <input type="checkbox"/>		Drainage postural <input type="checkbox"/>		Croupette <input type="checkbox"/>		_____									
Débit de pointe _____ L/M		Clapping/vibrations <input type="checkbox"/>		Masque O ₂ _____ % <input type="checkbox"/>		_____									
prédite _____ L/M		Aspiration <input type="checkbox"/>		TRANSFERT : int. <input type="checkbox"/> ext. <input type="checkbox"/>		_____									
Débits expiratoires forcés <input type="checkbox"/>		Exp. provoquées (diag.) <input type="checkbox"/>		Haute humidité _____ % <input type="checkbox"/>		_____									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">SYMBOLES</td> <td style="width: 12.5%;">0 Nul</td> <td style="width: 12.5%;">+ peu</td> <td style="width: 12.5%;">++ modérément</td> <td style="width: 12.5%;">+++ beaucoup</td> <td style="width: 12.5%;">N̄ Normal</td> <td style="width: 12.5%;">↙ Diminué</td> <td style="width: 12.5%;">↗ Augmenté</td> </tr> </table>								SYMBOLES	0 Nul	+ peu	++ modérément	+++ beaucoup	N̄ Normal	↙ Diminué	↗ Augmenté
SYMBOLES	0 Nul	+ peu	++ modérément	+++ beaucoup	N̄ Normal	↙ Diminué	↗ Augmenté								
Date Heure	Traitement méd./dosage	Toux	Expec- toration	DYSPNÉE PRÉ POST		MURMURE VÉSICULAIRE PRÉ POST		Observations, identification et signature de l'inhalothérapeute ou autre professionnel, professionnelle le cas échéant							
/															
/															
/															
/															
/															
/															
/															
/															
<input type="checkbox"/> À SUIVRE <input type="checkbox"/> CESSÉ : Motifs : Congé <input type="checkbox"/> Rx terminée <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>						Signature									
						Date Année Mois Jour									
N.B. : Suite au verso si nécessaire															

Nom :

Site :

Dossier:

Date Heure	Traitement méd./dosage	Toux	Expectoration	DYSPNÉE		MURMURE VESICULAIRE		Observations, identification et signature de l'inhalothérapeute ou autre professionnel, professionnelle le cas échéant
				PRÉ	POST	PRÉ	POST	