 **RCP Anomalies du Contrôle Respiratoire et**

**Insuffisances respiratoires chroniques**

**du** Entrer une date.

☐*« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique ».*

# Médecin prescripteur

Médecin prescripteur de la RCP\* (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Médecin référent si différent (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Date de la demande : Entrer une date.

Présents :

# Patient

NOM\* : Taper du texte.

Prénom\* : Taper du texte.

Date de Naissance\* (JJ/MM/AAAA) : Entrer une date.

Age : Taper du texte.

Sexe : F ☐ M ☐

Antécédents :

☐ Insuffisance respiratoire chronique Origine : Taper du texte.

☐ Syndrome d'apnées obstructives du sommeil Origine : Taper du texte.

☐ Apnées centrales

☐ Autre : Taper du texte.

☐ Assistance ventilatoire : Entrer une date. ☐ VNI ☐ PPC ☐ Tracheotomie

Paramètres de ventilation : Taper du texte.

☐ Oxygénothérapie au long cours : Entrer une date.

Paramètres (diurne, nocturne, débit) : Taper du texte.

Commentaires

☐ Atteinte digestive / nutritionnelle Taper du texte.

☐ Antécédents ORL Taper du texte.

☐ Antécédents orthopédiques Taper du texte.

☐ Antécédents neurologiques Taper du texte.

☐ Antécédents cardiologiques Taper du texte.

☐ Antécédents chirugicaux Taper du texte.

☐ Autre(s) Taper du texte.

**Histoire de la maladie**

Taper du texte.

# Explorations réalisées

Normal ? Commentaires

☐ Gaz du sang Entrer une date. ☐ Taper du texte.

☐ Enregistrement échanges Entrer une date. ☐ Taper du texte.

gazeux nocturnes

☐ Polysomnographie (PSG) Entrer une date. HTAP : oui ☐ non ☐ Taper du texte.

☐ Echographie cardiaque Entrer une date. ☐ Taper du texte.

☐ Nasofibroscopie ORL Entrer une date. ☐ Taper du texte.

☐ Imagerie Entrer une date. ☐ Taper du texte.

☐ Autre(s) : Entrer une date. ☐ Taper du texte.

# Prise en charge

Prise en chargé déjà réalisée : Taper du texte.

Traitements actuels :

Commentaires

☐ Antibiothérapie Taper du texte.

☐ Nutrition entérale Taper du texte.

☐ Kinésithérapie respiratoire Taper du texte.

☐ Appareillage(s) (relaxateur de pression, désencombrement, etc.) : Taper du texte.

☐ Autre(s) Taper du texte.

# Demande d’avis de la RCP

Avis demandé\* : ☐ Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐ Autre : Taper du texte.

Question posée : Taper du texte.

**Conclusion de la RCP** :

Contexte actuel : Taper du texte.

Discussion : Taper du texte.

Bilan à compléter par : Taper du texte.

Prise en charge : Taper du texte.