INHALOTHÉRAPIE Demande de traitement

DT9074

Nom de l'établissement _____

Diagnostic médical

Date (Année / Mois / Jour)	Heure	Represcrit (Année / Mois / Jour)	Heure

Ordonnance(s) initiale(s)

Nombre de jours : _____ Fréquence : _____ **Urgent** ☐

Nom du médecin requérant

Aérosol doseur ☐ Spirométrie incitative ☐ Canule nasale _____ Litre ☐ Réanimation cardio-respiratoire ☐

Aérosol ☐ Rééducation respiratoire ☐ SaO_2 ☐ $ETCO_2$ ☐ Autres (préciser) : _____

Nébulisation par ultrason ☐ Drainage postural ☐ Croupette ☐

Débit de pointe ☐ Clapping/vibrations ☐ Masque O_2 _____ % ☐

prédite _____ L/M Aspiration ☐ TRANSFERT : int. ☐ ext. ☐

Débits expiratoires forcés ☐ Exp. provoquées (diag.) ☐ Haute humidité _____ % ☐

SYMBOLES	⊘ Nul	+ peu	+ + modérément	+ + + beaucoup	N Normal	↙ Diminué	↗ Augmenté

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

FORMULAIRE DISPONIBLE SEULEMENT VIA L'IMPRIMEUR

☐ **À SUIVRE**

☐ **CESSÉ : Motifs :** Congé ☐ Rx terminée ☐ Décès ☐

Signature _____ Date (Année / Mois / Jour)

N.B. : Suite au verso si nécessaire

Nom de l'usager	N° de dossier

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

FORMULAIRE DISPONIBLE SEULEMENT VIA L'IMPRIMEUR