|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom ………………………..……….……  Prénom…………………………………..  Date de naissance……………...........….  Tel…………………………….…….……..  (DITO du patient)  **Indications (à cocher obligatoirement)**   |  |  | | --- | --- | | Asthme ou BPCO | Maladie neuro-musculaire | | Bilan pré-opératoire  (résection pulmonaire) | Maladie interstitielle du poumon | | Bilan pré-opératoire  (autre chirurgie) | Maladie hématologique ou oncologique non pulmonaire | | Autre indication | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Précisez:** | |  | | --- | |  | | | | **Après avoir choisi au moins une indication, veuillez cocher :** | | | **Bilan initial** **Suivi** | | |  | | | Sur la base de l’indication cochée ci-dessus, le laboratoire des fonctions pulmonaires choisit les tests les plus appropriés.  Chez l’adulte, la spirométrie et la capacité de diffusion sont les examens de base minimaux effectués lors d’un bilan initial.  Chez l’enfant, la spirométrie avec broncho-dilatation est l’examen minimal effectué lors d’un bilan initial.  **Informations nécessaires à l'interprétation**   |  |  | | --- | --- | | Asthme connu | BPCO connue | | St/p lobectomie ou pneumonectomie | Corticoïdes systémiques | | Sarcoïdose | Autre pneumopathie interstitielle | | Hypertension pulmonaire | Bronchiectasies | | Epanchement pleural | Allogreffe de moëlle | | Patient sous bronchodilatateur de courte durée d'action (Ventolin, Dospir, Bricanyl, ...) | Patient sous bronchodilatateur de longue durée d'action (Spiriva, Sérévent, ...) |   autres médication (Betabloqueur, antihypertenseur ), précisez : | |   **Examens supplémentaires** (à justifier ci-dessous)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | | | | |  | |  | | --- | |  | |  | | |  | | Volumes pulmonaires par pléthysmographie | |  | | | NO exhalé | |  | | | Test de marche de 6 min | |  | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Valeur de l'hémoglobine (*pas plus ancienne que 1 mois*) |  | Saisir l'hémoglobine (laboratoire externe) | |  | | --- | |  | |  | | | | | |   **Examens spécialisés**  **(après accord d'un médecin du Service de pneumologie\*)**  \*Consultation hospitalière 027 603 40 14  Prof P-O Bridevaux 027 603 86 16, Dr G.Gex 027 603 88 34, Dr J-G Frey 027 603 81 95, Dr P. Vremaroiu 027 603 80 75  Dr PNE   |  |  | | --- | --- | |  |  |  |  | | --- | | Test d'effort pneumologique (VO2max) (avis recommandé)  Test de broncho-provocation à la méthacholine (avis recommandé)  Test de broncho-provocation par l’effort (avis recommandé)  Test d’hyperventilation (recherche de syndrome d’hyperventilation) (avis recommandé) | | Pressions inspiratoires (MIP: Mouth Inspiratory Pressure, SNIP: Nasal Inspiratory Pressure) | | Polygraphie respiratoire (avec avis) | | Oxymétrie nocturne simple (avec consultation) | | Polygraphie respiratoire sous CPAP/VNI (avec consultation) | |  | |  | |  | | **Médecin demandeur** :  Téléphone :  Service : |   Cabinet :  **CVP**  : Fax 027.60**3.80.74** Email : [CVP-Fonctionspulmonairesetlabodusommeil@hopitalvs.ch](mailto:CVP-Fonctionspulmonairesetlabodusommeil@hopitalvs.ch)  **Sion** : Fax 027.60**3.45.68** Email : [siohopfp01@hopitalvs.ch](mailto:siohopfp01@hopitalvs.ch) **Martigny**  : Fax 027.60**3.94.13**  Email : [consultation.med.ambu.martigny@hopitalvs.ch](mailto:consultation.med.ambu.martigny@hopitalvs.ch)  **Ce formulaire peut être adressé au laboratoire du site concerné par email ou fax** |