

Installation : _____

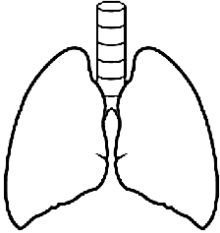
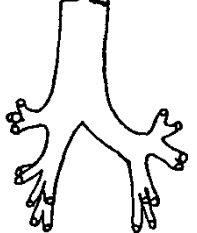
Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

RAPPORT DE BRONCHOSCOPIE

Date : _____ aaaa/mm/jj Médecin traitant : _____
 Prémédication : ☐ Fentanyl _____ mcg ☐ Versed _____ mg ☐ Autre : _____
 Anesthésie : ☐ Locale ☐ Générale Intubation : ☐ Orale ☐ Nasale ☐ Tube endotrachéal ☐ O₂ : _____ L

INDICATIONS

OBSERVATIONS

	Lésions aux Rayons-X / Scan	Lésions au bronchoscope
☐ Cordes vocales : _____		Gauche Droite 
☐ Trachée : _____		
☐ Carène : _____		
☐ Bronches : _____		
Description : _____ _____ _____ _____ _____ _____		

ANALYSES DE LABORATOIRE

Biopsie	Cytologie	Culture	Autre
☐ _____	☐ Brossage	☐ Routine	☐ Lavage broncho-alvéolaire
☐ _____	☐ Lavage	☐ Mycologie	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ Tuberculose	☐ _____
Impression : _____ _____ _____ _____ _____			

Signature du médecin : _____ # de permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Copie blanche : Dossier de l'utilisateur
 Copie jaune : Médecin référent