



MOCLI60735

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

OBSERVATIONS- INHALOTHÉRAPIE

Médecin (s) : _____ Fumeur (euse) : Oui ☐ Non ☐
Prescription : _____ Counseling abandon tabagique :
Diagnostic : _____ Oui ☐ Non ☐
Poids : _____ Grandeur : _____ Age : _____

aaaa/mm/jj hh : mm	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
	PRÉ	%	POST	%	PRÉ	%
CVF (capacité vitale forcée)						
VEMS (volume expiratoire maximal une seconde)						
PF (peak flow – débit de pointe)						
25/75						
Indice de Tiffeneau (VEMS/CVF)	n>75%		n>75%		n>75%	
Signature						

NOTES DE L'INHALOTHÉRAPEUTE

Date aaaa/mm/jj	Heure hh : mm	SpO ₂	O ₂	Observations et signature

Nom, prénom : []

#Dossier : []

NOTES DE L'INHALOTHÉRAPEUTE

[illegible]