

A Mme / M. le docteur :
Vous voyez ce jour en consultation (nom, prénom du patient) :

AU COURS DE CES TROIS DERNIERS MOIS

Nombre d'exacerbations :
Date : __/__/____ Durée :
Sur quel(s) symptôme(s) ?
.....
Quel plan d'action a été mis en place ?
.....
Avec quelle efficacité ?

Auto-drainage : Acquis par le patient ? ☐ oui ☐ non
Pratiqué régulièrement ? ☐ oui ☐ non

Fréquence des séances : ____ par jour, ____ par semaine
Observance :
.....

Activités physiques du patient :
Nombre et type de séances autres que respiratoires par semaine :
Activités physiques et sportives hebdomadaires pratiquées par le patient (temps ?) :

Observance des aérosols : ☐ oui ☐ non

Commentaires :
.....
.....

AU COURS DE CETTE DERNIERE SEMAINE

Fréquence des séances : ____ par semaine

Toux : ☐ grasse ☐ sèche et quinteuse ☐ diurne ☐ nocturne ☐ aucune

Sécrétions bronchiques : ☐ oui ☐ non
Qualité des sécrétions : ☐ mucopurulente ☐ muqueuse ☐ séreuse ☐ hémoptoïque
Quantité (de 0 à 4 avec 0 = pas du tout et 4 = beaucoup) : ____
Viscosité : ☐ épais ☐ fluide

Dyspnée : Au repos : ☐ oui ☐ non A l'effort : ☐ oui ☐ non

Commentaires :
.....
.....

Souhaitez-vous un renouvellement de prescription ? ☐ oui ☐ non

A, le __/__/____

Nom et signature

Cachet du cabinet