

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