

## Patient

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_  
NP / Lieu \_\_\_\_\_  
Date naiss. \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_  
N° AVS \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

## Destinataire

GLN \_\_\_\_\_ RCC \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Assurance

Adresse \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_

## Loi/Case

Motif du traitem. \_\_\_\_\_  
Loi \_\_\_\_\_  
N° d'assuré \_\_\_\_\_  
N°/Date d'acc. \_\_\_\_\_

## Date de l'examen

urgente

Patient se présente

Prendre rendez-vous dès le \_\_\_\_\_

Rendez-vous pris le \_\_\_\_\_ :: \_\_\_\_\_

## Examen demandé

Consilium pneumologique

Pulsoxymétrie nocturne

Polygraphie respiratoire

Bronchoscopie

Bodyplethysmographie avec diffusion de CO («grande fonction pulmonaire»)

Ponction pleurale

Test à la métacholine (en cas de suspicion d'asthme bronchique)

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

## Anamnèse / Indication / Question

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser la page suivante

## Médecin

Médecin = médecin de famille

\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_ RCC \_\_\_\_\_  
Tél. \_\_\_\_\_

## Médecin de famille

Copie des résultats au médecin de fam.

\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_ RCC \_\_\_\_\_  
Tél. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Transmission électronique

\_\_\_\_\_

Remarques