

QUESTIONNAIRE ASTHME

(A remplir par le Médecin traitant)

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :** __/__/____
Veillez écrire en majuscules

Poids (kg) : **Taille (cm) :** **Tension artérielle :** **Traitée :** **Oui** **Non**

Activité professionnelle actuelle :

> Date, durée et sévérité des premières crises asthmatiques :

> Facteur déclenchant (allergie, effort, stress ou autres) :

> Traitement administré et résultat :

> Séjour en milieu hospitalier ou cure (date, durée et résultats) :

> Nombre, date, durée et sévérité des crises d'asthme au cours des 5 dernières années :

> Traitement actuellement suivi (nature et posologie journalière) :

> Date et résultat du dernier test de fonction pulmonaire (+ fournir copie des résultats) :

- Degré de l'obstruction :
- Degré de réduction de la capacité respiratoire :
- Coefficient de résistance (pourcentage de la normale) :
- Capacité vitale (pourcentage de la normale) :
- VEMS (pourcentage de la normale) :
- Anomalie des gaz sanguins :

> Complications extra-pulmonaires : Oui Non

- Si oui, lesquelles :

> Date et durée des incapacités de travail :

> Tabagisme journalier :

- Nombre de cigarettes par jour :
- En cas d'arrêt, depuis quand :
- Motif de l'arrêt :
 - . Recommandation médicale
 - . Hygiène de vie personnelle
 - . Autre :

> Quel est votre pronostic personnel et comment jugez-vous la coopération de votre client :

Veillez joindre tout document en votre possession pouvant donner des détails supplémentaires (par ex. tests de fonction pulmonaire et radiographie du thorax).

Certificat rédigé à la demande de la personne à assurer et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____, le _____

Cachet et signature
du Médecin Traitant