

Questionnaire Souffle

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire vous est proposé par votre médecin ou votre kinésithérapeute car il pense que vous avez peut-être un trouble respiratoire chronique.

En fonction des résultats de ce questionnaire, votre médecin ou votre kinésithérapeute pourra vous faire souffler dans un petit appareil permettant d'évaluer votre souffle. En cas de dépistage de troubles respiratoires, vos coordonnées seront transmises au Réseau Respiratoire d'Aquitaine avec votre accord. Il vous sera proposé une nouvelle consultation auprès votre médecin pour effectuer un bilan.

Nom Prénom Né(e) le
Adresse
CP Ville Tél
Nom de votre médecin traitant Ville
Êtes-vous atteint(e) d'une maladie respiratoire ? non oui, laquelle ?

Merci de répondre aux 5 questions suivantes

Toussez-vous régulièrement ? oui non
Avez-vous régulièrement des expectorations et/ou des crachats ? oui non
Êtes-vous plus rapidement essoufflé(e) que la plupart des personnes de votre âge ? oui non
Avez-vous plus de 40 ans ? oui non
Êtes vous fumeur(euse) ou ex-fumeur(euse) ? oui non

J'accepte que mes coordonnées soient transmises à *Aquitaine BPCO*.

A le Signature

Important : les données recueillies sont strictement confidentielles et ne pourront être diffusées à l'extérieur de la cellule de coordination du réseau que si elles ont auparavant été rendues anonymes, avec impossibilité de reconstituer leur origine. Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés, le patient membre du réseau bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. Il a accès à l'intégralité de son dossier médical, disponible sur demande. Tous les professionnels de santé qui suivent un patient dans le cadre du réseau ont accès à son dossier actualisé, dans la mesure de leurs droits de consultation.