

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Remplie par : Dr.....  
mail du médecin : .....

**Afin de faciliter la coordination médicale bien remplir tous les items**  
**Joindre** si possible le **CR des EFR et CRH ou lettre** mentionnant l'histoire médicale

Coordonnées du candidat à la réadaptation respiratoire :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Téléphones :

Adresse :

Pathologie Respiratoire :  BPCO Préciser le niveau de VEMS :  > 80%  
en ALD 14  Oui  Non  50 à 80%  
 Autre pathologie respiratoire chronique: .....  30 à 50%  
.....  < 30%

Tabagisme:  Actif  Sevré Année de sevrage : .....  
 Non fumeur Nombre de paquets-années : .....

Antécédents Pulmonaires autres :  Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS)  
 Tuberculose  
 Résection pulmonaire  
 Autre : .....

Antécédents cardiovasculaires : .....

HTA :  Non  Oui

Coronaropathie :  Non  Oui préciser : .....

Trouble du rythme ou conduction :  Non  Oui

Pace Maker  Non  Oui Défibrillateur implanté  Non  Oui

Oxygénothérapie :  Non  Oui

Si oui : Source  Liquide ou  Concentrateur

Repos : ..... L/min Ambulatoire : ..... L/min

Prestataire : .....

## RECOMMANDATIONS POUR LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION RESPIRATOIRE

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_  
demande au réseau Récup'Air d'organiser la réadaptation respiratoire  
de M. /Mme \_\_\_\_\_  
et autorise le coordinateur médical du Réseau à préciser les modalités du programme et  
en particulier celles du réentraînement (niveau d'exercice avec fréquence cardiaque cible,  
nécessité ou non d'oxygénothérapie\*) à l'exercice sur la base d'un bilan fonctionnel  
réalisé selon les recommandations d'usage.

Je demande au réseau d'évaluer, dans le cadre du programme de réadaptation  
respiratoire, les besoins d'une prise en charge conjointe diététique, psychologique.

Date :

Tampon et Signature du prescripteur

*\* En cas de nécessité d'**oxygénothérapie** pendant le ré-entraînement à l'exercice, si cette dernière n'est pas déjà prescrite ou ne l'est pas sous une forme adaptée (dispositif ambulatoire au mieux sous forme liquide), le réseau recontactera le médecin prescripteur pour une prescription auprès du prestataire de son choix.*

Identification du prescripteur

L'étiquette du patient  
est à coller ci-dessous

## ORDONNANCE MEDICALE



### PROGRAMME RECUP'AIR DE READAPTATION RESPIRATOIRE AMBULATOIRE

---

**Prescription relative au traitement HORS « BPCO en ALD14 »**

---

Je recommande à : .....

de faire pratiquer par un kinésithérapeute du Réseau les actes suivants :

Rééducation respiratoire

**Cachet et signature du médecin**

Fait à..... le .....

#### **Information au prescripteur :**

La prescription d'une réadaptation respiratoire ambulatoire au sein du réseau de santé Récup'Air **HORS** « BPCO en ALD14 » doit comprendre la double prescription « Rééducation respiratoire » et « Rééducation motrice des quatre membres, du tronc et de l'abdomen » **Merci de joindre les 2 ordonnances** afin de permettre le remboursement des actes de kinésithérapie par la CPAM au titre de la prise en soin de personnes atteintes d'une pathologie respiratoire chronique.

Identification du prescripteur

L'étiquette du patient  
est à coller ci-dessous

## ORDONNANCE MEDICALE



### PROGRAMME RECUP'AIR DE READAPTATION RESPIRATOIRE AMBULATOIRE

---

**Prescription relative au traitement HORS « BPCO en ALD14 »**

---

Je recommande à : .....

de faire pratiquer par un kinésithérapeute du Réseau les actes suivants :

Rééducation motrice des quatre membres, du tronc et de l'abdomen

**Cachet et signature du médecin**

Fait à..... le .....

#### **Information au prescripteur :**

La prescription d'une réadaptation respiratoire ambulatoire au sein du réseau de santé Récup'Air **HORS** « BPCO en ALD14 » doit comprendre la double prescription « Rééducation respiratoire » et « Rééducation motrice des quatre membres, du tronc et de l'abdomen » **Merci de joindre les 2 ordonnances** afin de permettre le remboursement des actes de kinésithérapie par la CPAM au titre de la prise en soin de personnes atteintes d'une pathologie respiratoire chronique

Identification du prescripteur

L'étiquette du patient  
est à coller ci-dessous

## ORDONNANCE MEDICALE



### PROGRAMME RECUP'AIR DE READAPTATION RESPIRATOIRE AMBULATOIRE

---

**Prescription relative au traitement en cas de BPCO en ALD 14**

---

### Réadaptation respiratoire par MKDE pour BPCO en ALD

Concernant la prise en charge de :

**Monsieur / Madame .....**

Cachet et signature du médecin

Fait à..... le

**..Information au prescripteur :**

Cette ordonnance est réservée à la prescription d'une réadaptation respiratoire ambulatoire au sein du réseau de santé Récup'air **aux personnes atteintes de BPCO ET en ALD14** : uniquement dans ce cas.