

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DU TEST DE MARCHE DE SIX MINUTES

DONNÉES PERSONNELLES

Nom: _____

Prénom: _____

Né(é) le: ___ / ___ / ___

Langue maternelle: _____

▪ **Équipe de soins de référence pour le patient**

Nom: _____ Contact (e-mail ou téléphone) :

Médecin Autre

BREF QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Motif principal de la prescription du test de marche : _____

1) C'est la première fois que votre patient réalise cet examen ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2) Le patient est-il oxygénodépendant ? À combien de l/min ?	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non l/min : ___
3) Le patient présente-t-il des troubles de la mobilité ou des troubles musculosquelettiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4) Le patient présente-t-il des pathologies ou des antécédents cardiovasculaires (Hypertension artérielle, Angor, EAM, troubles du rythme cardiaque/valves ou autre) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5) Le patient présente-t-il d'autres pathologies pulmonaires (BPCO, Asthme, Fibrose cystique...) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6) Le patient prend-t-il des médicaments indispensables pour l'exécution de l'examen (nitrates, bêtabloquants...) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Données physiques et physiologiques

SatO2 habituelle : ___%

PA habituelle au repos : ___ mmHg_

FC habituelle : ___ bat/min

Poids : ___ Kg Taille : ___ cm

Douleur présente : Oui Non

Remarques/Commentaires :

Prescrit par : _____

Établissement : _____

Date : ___/___/___