

QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE

ASTHME

à remplir par le médecin traitant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

1) Date de début des crises d'asthme :

1 bis) Si asthme pendant l'enfance uniquement, ne répondre qu'à la question 11) :

2) Fréquence des crises par mois et par année :

3) Facteurs déclenchants :

4) Désensibilisation effectuée ? si oui résultats :

5) Gravité des crises :

- Arrêt de travail : fréquence/an :
durée :
nécessité d'alitement :
- Hospitalisation : date :
durée :
type du service (réanimation, spécialité pneumologie) :

6) Troubles respiratoires persistants entre les crises :

- Dyspnée à l'effort < 1 étage :
- Dyspnée au repos : intermittente :
permanente :
- Dyspnée nocturne :

7) Traitement actuel :

- Au moment des crises :
- En dehors des crises : corticothérapie :
bronchodilatateur inhalé :
autre :

8) Troubles cardio-vasculaires associés :

- H.T.A. :
- Signes de cœur pulmonaire :

9) Explorations fonctionnelles respiratoires effectuées :

- Débit expiratoire de pointe :
- Spirométrie : dates :
résultats :

10) Consommation tabagique :

- Nombre de cigarettes/jour :

11) Autres affections présentées jusqu'à ce jour (nature, dates, traitements) :

oui non

Fait à :

le :

Cachet et signature du médecin :

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e)
et remis en main propre, pour usage conforme à la loi.