Caring for my COPD | Soigner ma MPOC

HAMILTON | NIAGARA
Centre de santé communautaire

1, Promenade Vanier, Welland, ON, L3B 3A1

Tél: (905) 714-9935 **Téléc:** (905) 714-1088

RENVOI AU PROGRAMME

Date du renvoi:

____ ____ ____
jj mm aa

Nom:	**Prénom:**	**Sexe:**
Adresse:	**Ville:**	**Code Postal:**
Telephone #:	**Date de naissance:** jj | mm | aa	**OHIP #:**

SOURCE DU RENVOI MÉDECIN/IP	**Nom:**	**Tél #:**
		Téléc#:

Date du dernier spirométrie : ____ ____ ____
jj mm aa

FEV_1 _____	**FVC:** _____	**FEV_1/FVC ratio:** _____

NOTE: Le rapport FEV1/FVC doit être <0.7

OXYGÈNE	**L/min**	**FUMEUR**	☐ **OUI** **OU** ☐ **NON**

Autorisation du médecin ou IP à participer au volet activité physique

Pour assurer que le client peut participer à un programme d'activité physique individualisé en toute sécurité, veuillez indiquer ci-dessous si le client est **stable sur le plan médical et a l'autorisation de participer à de l'activité physique d'intensité modérée** (fondée sur l'autoperception de l'effort)

☐ Le client **est stable sur le plan médical** et peut participer au volet d'activité physique du programme

☐ Le client **n'est pas stable sur le plan médical** et ne devrait participer qu'au volet d'éducation

Signature du médecin / IP : X

_____

➤ **SVP ENVOYER NOTES SOMMAIRES & SPIROMÉTRIE SI DISPONIBLES**

➤ ***Signer et renvoyer***

Téléc: 905-714-1088

Funding Support provided by

Ontario
Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant