

DEMANDE DE CONSULTATION DE PNEUMOPEDIATRIE (v3)

Dr C.Egron – Dr MC.Héraud – Dr G.Labbé – Dr J.Magnier – Dr A.Rifard

NOM DE L'ENFANT : ...

Adresse : ...

DATE DE NAISSANCE : ...

Tel. Parents : ...

MOTIF DE LA DEMANDE

- Avis asthme/toux chronique** Cf encadré ci-dessous
- Bilan allergologique** (hors asthme/toux chronique)
- Autre motif** : ...
- Dyspnée d'effort** (hors asthme connu)
- Apnées du sommeil**

Précisions libres :

ANTECEDENTS NOTABLES

- Prématurité** : Terme de naissance : ... SA Dysplasie bronchopulmonaire : Oui Non
- Atopie personnelle** :
 - Asthme
 - Allergies alimentaires à : ...
 - Eczéma
 - Rhinocjonctivite allergique à : ...
- Autres : ...

AVIS ASTHME/TOUX CHRONIQUE

Pour une première consultation asthme, merci d'adresser l'enfant avec le bilan suivant:

Radiographie pulmonaire de face en inspiration

Bilan sanguin avec : NFS, dosage pondéral des immunoglobulines et phadiatop

Merci d'apporter le carnet de santé et l'ensemble des examens réalisés le jour de la consultation.

- **Précisions sur la demande d'avis asthme/toux chronique** :
 - Bilan d'asthme première fois
 - Doute diagnostique (est-ce de l'asthme ?)
 - Asthme difficilement contrôlé malgré le traitement de fond instauré
 - Suspicion d'allergies respiratoires
 - Suspicion d'asthme induit par l'exercice
 - Autre : ...
- **Antécédent d'hospitalisation pour crise d'asthme** :
 - Non Oui : Pédiatrie / UHCD Soins intensifs / Réanimation Date : ...
- **Traitement de fond initié** :
 - Non Oui (préciser) : ...
 - En cures courtes (≤ 1 mois) Au long cours
- **Suspicion d'asthme induit par l'exercice** :
 - Sans symptôme en dehors des efforts Toux chronique associée

Date de la demande :

Signature et tampon du médecin demandeur :