

# Consultation médicale d'inclusion

 merci de joindre :

- la copie des examens disponibles (épreuve fonctionnelle respiratoire, épreuve d'effort)
- la prescription de kinésithérapie (modèle proposé ci-joint)

## Identité du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ CP / Ville : \_\_\_\_\_

## Historique / antécédents

- Respiratoires pathologie : \_\_\_\_\_ ALD \_\_\_\_\_ nombre moyen d'exacerbations par an : \_\_\_\_\_  
 oxygénothérapie : \_\_\_\_\_ de repos \_\_\_\_\_ de déambulation \_\_\_\_\_  
 date de la dernière vaccination antigrippale : \_\_\_\_\_ antipneumococcique : \_\_\_\_\_
- Tabagisme paquets / année \_\_\_\_\_ sevré \_\_\_\_\_ non sevré \_\_\_\_\_
- Cardiovasculaires HTA traitée \_\_\_\_\_ coronaropathie \_\_\_\_\_ trouble du rythme/de la conduction \_\_\_\_\_ AOMI \_\_\_\_\_
- Rhumatologiques impotence fonctionnelle des membres inférieurs \_\_\_\_\_ cause : \_\_\_\_\_
- Psychiatriques dépression actuelle : \_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ anxiété actuelle : \_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_
- Traitement en cours : \_\_\_\_\_

## Adhésion thérapeutique

Compréhension de la pathologie respiratoire 0 |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---| max \_\_\_\_\_ ne sait pas \_\_\_\_\_  
 Acceptation de la pathologie respiratoire 0 |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---| max \_\_\_\_\_ ne sait pas \_\_\_\_\_  
 Motivation à la prise en charge 0 |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---| max \_\_\_\_\_ ne sait pas \_\_\_\_\_

## Objectifs d'éducation thérapeutique

connaître sa maladie \_\_\_\_\_ connaître l'intérêt de l'activité physique \_\_\_\_\_  
 savoir repérer les signes d'aggravation \_\_\_\_\_ savoir bien se nourrir quand on a une BPCO \_\_\_\_\_  
 connaître le rôle du tabac dans la BPCO \_\_\_\_\_ autre : \_\_\_\_\_

## Examen clinique

TA : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Poids : \_\_\_\_\_ kg prise de poids récente \_\_\_\_\_ perte de poids récente \_\_\_\_\_ cause : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ m

## Examens paracliniques

Epreuve Fonctionnelle Respiratoire \_\_\_\_\_  
 Epreuve d'Effort Cardiorespiratoire \_\_\_\_\_ Nom du pneumologue : \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_  
 Epreuve d'Effort Cardiaque \_\_\_\_\_ Nom du cardiologue : \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_

## Remarques

Je déclare avoir pris connaissance de la charte d'Aquitaine BPCO (au verso) et m'engage à la respecter.

Votre nom et prénom :

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Cachet : \_\_\_\_\_

Cette charte a pour objet de fixer les règles d'engagement réciproque entre AquiRespi et les médecins libéraux membres, conformément au décret n° 2002-1463 du 17 déc. 2002 (Code de la Santé Publique).

Aquitaine BPCO est un service proposé par AquiRespi, association loi 1901. Les membres ont accès à toutes les données les concernant ou concernant leurs patients.

## Engagements d'AquiRespi

- **procéder à une indemnisation** de 50 € \* pour chaque patient inclus, après réception de la fiche « Consultation médicale d'inclusion »
- proposer des **soirées gratuites d'information** sur la réhabilitation respiratoire, organisées par AquiRespi.
- **définir les objectifs et moyens thérapeutiques** (en termes de réentraînement à l'effort, sevrage tabagique, éducation thérapeutique...), en accord avec le médecin et selon les informations contenues dans le bilan d'inclusion.
- permettre l'**accès aux recommandations médicales et aux protocoles de prise en charge** d'AquiRespi (établis par son Conseil Scientifique et Pédagogique) via son site internet, ou sur demande au secrétariat.

## Engagements du médecin

- procéder s'il le souhaite, à l'inclusion d'un patient dans AquiRespi, **en recueillant son consentement, en complétant le bilan d'inclusion et en lui remettant le document d'information.**
- **prescrire** à l'aide de l'ordonnance type établie par AquiRespi, **le stage de réentraînement à l'effort**, qui sera réalisé après élimination des contre-indications lors de l'épreuve d'effort cardio-respiratoire organisée par AquiRespi.
- **avertir AquiRespi de la survenue de tout événement** susceptible d'interférer avec le programme de réhabilitation.
- respecter les statuts, le règlement intérieur, la convention constitutive d'AquiRespi ainsi que la Convention Nationale des médecins.
- ne pas utiliser sa participation à AquiRespi à des fins de promotion ou de publicité.
- intégrer dans sa déclaration de revenus professionnels le montant des indemnités versées par AquiRespi.

## Modalités d'accès à AquiRespi

Le médecin libéral conventionné peut à tout moment adhérer à AquiRespi. Il s'engage alors à respecter les engagements détaillés ci-dessus.

S'il est déjà membre, aucune cotisation supplémentaire ne lui sera demandée. Dans le cas contraire, le paiement de la cotisation de 15 € peut être déduit d'une indemnisation.

## Modalités de sortie d'AquiRespi

Le médecin membre peut sortir librement d'AquiRespi, qu'il informera de sa décision par courrier.

Le non-respect des engagements décrits ci-dessus entraînera la perte de qualité de membre (décision entérinée par le Bureau) et des avantages associés.

\* paiement effectué en fin d'année (sous réserve de disponibilité des fonds)