



CNM08094

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

### REQUÊTE EN PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

Veuillez envoyer cette référence au :

**HSCM** : 514-338-3699 ou tfr.pneumo.hscm.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

**HJT et HF** : 514-908-4705 ou cardio.chfleury.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Installation désirée : <input type="checkbox"/> Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal <input type="checkbox"/> Hôpital Fleury <input type="checkbox"/> Hôpital Jean-Talon			
Date : <u>AAAA/MM/JJ</u>			
Renseignements cliniques : _____			
Délai visé : <u>AAAA/MM</u> c.c. au médecin traitant : _____			
Délai flexible : +/- _____ mois <input type="checkbox"/> Test urgent			
<b>Certains médicaments doivent être interrompus temporairement en lien avec les tests à effectuer. Le verso de cette requête présente les catégories de médicaments à interrompre temporairement ainsi qu'une liste non-exhaustive d'exemples pour chaque catégorie.</b>			
<b>Spirométrie</b>			
<input type="checkbox"/> Spirométrie (VEMS/CVF)		<input type="checkbox"/> Spirométrie (VEMS/CVF) avec bronchodilatateur	
<b>Exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)</b>			
<input type="checkbox"/> Bilan de base sans bronchodilatateur (BDT)		<input type="checkbox"/> Pression inspiratoire maximale (MIP)	
<input type="checkbox"/> Bilan de base avec bronchodilatateur (BDT)		<input type="checkbox"/> Pression expiratoire maximale (MEP)	
<input type="checkbox"/> Diffusion (DLCO) seulement			
<b>Test de provocation bronchique</b>			
<input type="checkbox"/> Méthacholine (voir directives pour cessation de Rx au verso)		<input type="checkbox"/> Méthacholine PRN (si pas de réponse au BDT)	
<b>Épreuve fonctionnelle à l'exercice (EFX) (seulement à HSCM)</b>			
<input type="checkbox"/> Épreuve à charge croissante (Jones I)		Test de marche de 6 minutes :	
<input type="checkbox"/> Épreuve à charge constante (80 % de Wmax)			
		<input type="checkbox"/> 1 test de marche <input type="checkbox"/> 2 tests de marche	
		<input type="checkbox"/> Air ambiant <input type="checkbox"/> Sous O <sub>2</sub> à _____ L/minute	
		<input type="checkbox"/> Titration d'O <sub>2</sub> à la marche	
<b>Évaluation des besoins en oxygène (seulement à HSCM)</b>			
<input type="checkbox"/> Ponction capillaire air ambiant		<input type="checkbox"/> Si PaO <sub>2</sub> ≤ 55 mmHg	
<input type="checkbox"/> Ponction artérielle air ambiant		<input type="checkbox"/> Simulation hypoxique (avion)	
		Date du voyage : <u>AAAA/MM/JJ</u>	
<b>Épreuves spécialisées (ordonnance d'un pneumologue nécessaire) (seulement à HSCM)</b>			
<input type="checkbox"/> Étude de shunt		<input type="checkbox"/> Induction d'expectoration (décompte cellulaire)	
<input type="checkbox"/> Capacité vitale (CV) assis-couché			
<input type="checkbox"/> Bronchoconstriction induite par l'exercice			
<input type="checkbox"/> Pression nasale (SNIP)			
			<input type="checkbox"/> Mesure de la fraction expirée du monoxyde d'azote (FeNO)
			<input type="checkbox"/> Bronchoconstriction induite par l'exercice
			<input type="checkbox"/> Expectoration induite :
		<input type="checkbox"/> Tuberculose (3 expectorations)	
		<input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis jirovecii</i> (1 expectoration)	
Commentaires : _____			
_____			
_____			
Nom et prénom de l'intervenant		Permis/profession	
_____		Signature de l'intervenant	
AAAA/MM/JJ		_____	
		HH :MM	

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08094

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

## Liste de médicaments à interrompre temporairement en lien avec le test de provocation bronchique à la méthacholine

### Doivent être cessés 6 heures avant le test

Tous les bronchodilatateurs à courte durée :  
Aïromir - ApoSalvent - Bricanyl - Salbutamol - Ventolin

### Doivent être cessés 12 heures avant le test

#### Anticholinergiques à courte durée d'action

Apolpravent - Atrovent - Atrovent nasal  
Combivent Respimat - Ipratropium

#### Théophyllines à courte durée d'action

Ellixophylline - Pulmophylline

### Doivent être cessés 36 heures avant le test

#### Bronchodilatateurs à longue durée d'action et combinés

Advair - Foradil - Formoterol - Oxeze - Sérévent  
Symbicort - Zenhale - Wixela

#### Théophyllines à longue durée d'action

Euphylline - Théodur - Théophylline-LA  
TEVAthéophylline SR - Uniphyl

### Doivent être cessés 48 heures avant le test

#### Bronchodilatateurs à longue durée d'action et combinés

Breo - Onbrez - Ateectura

#### Antihistaminiques avec décongestionnants

Advil SINUS - Claritin EXTRA - Réactine complète -  
Claritin Nasal - Clortripolon - Cold FX - Dimetapp  
Dristan nasal - Drixoral - Maxenal - Néo Citran - Otrivin  
Sinutab - Sudafed - Trinalin -  
Tylenol EXTRA SINUS - Bénadryl total - Pseudoéphédrine

### Doivent être cessés 7 jours avant le test

#### Bronchodilatateurs anticholinergiques à longue durée d'action et combinés

Anoro - Duaklir - Incruse - Inspiolto - Seebri - Spiriva handihaler - Spiriva respimat - Tudorza - Ultibro - Enerzair -  
Trelegy - Breztri

### Ne pas cesser

#### Corticostéroïdes inhalés et nasaux

Alvesco - Arnuity - Asmanex - Avamys - Azmacort - Béclométhasone - Béconase -  
Flonase - Flovent - Nasacort - Nasonex - Omnarys - Pulmicort - Qvar - Rhinocort -  
Vancenase - Vanderil - Aermony Respiclick

#### Antagonistes des récepteurs des leucotriènes

Montélukast - (Singulair)

#### Antihistaminiques en comprimés

Aérius - Allégra - Certizine - Claritin - Loratidine - Rupall - Réactine régulier

#### Anti - inflammatoires

Cortisone - Prednisone

#### Sirops

Nyquil - Zaditen - Tusionnex

Si l'usager ressent des difficultés respiratoires en cessant sa médication, il doit reprendre ses médicaments tel que prescrits et téléphoner au 514-338-2222 poste 3218 pour l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 514-384-2000 poste 5104 pour l'Hôpital Jean-Talon et l'Hôpital Fleury.