

SUIVI DES SIGNES DE BPCO

Dans le cadre du protocole relatif à la BPCO au sein de la Maison de Santé, nous vous remercions par avance pour votre engagement dans l'identification des signes associés.

Il est impératif de compléter la première page, et de valider vos réponses afin d'accéder, à la page 2.


Quels signes d'alerte ?




Conduites à risque:
Tabagisme, cannabis



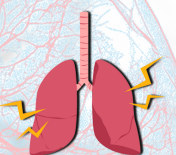
Adultes
+ de 40 ans



Essoufflements,
Dyspnées



Crachats
Expectorations



Toux chroniques
/ Fréquentes

Quelles solutions dans votre M.S.P ?



Spirométrie




Sevrage
tabagique



Activité
Physique
Adaptée



Traitement
médicamenteux



Adressage
Pneumologue



msp34570@gmail.com

*Je souhaite effectuer
un test de dépistage*



Je m'inscris ici

1	IDENTIFICATION DU PATIENT *
NOM ET PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	
MÉDECIN TRAITANT	
POIDS	
IMC	

2	IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL QUI INTERVIENT *
NOM ET PRENOM	
PROFESSION	

3	VEUILLEZ COCHER LES INDICATEURS D'ALERTE DE LA GRILLE DE VÉRIFICATION D'ÉLIGIBILITÉ AU PROTOCOLE DU PATIENT *
<input type="checkbox"/>	LE PATIENT PRÉSENTE UN ESSOUFFLEMENT , UNE DYSPNÉE
<input type="checkbox"/>	NOTION DE CONDUITES À RISQUES : TABAGISME, CANNABIS
<input type="checkbox"/>	CRACHATS & EXPECTORATIONS
<input type="checkbox"/>	TOUX CHRONIQUE OU FRÉQUENTE (Depuis plus de 8 semaines)
<input type="checkbox"/>	LE PATIENT A DONNER SON CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
<input type="checkbox"/>	SI LE PATIENT PRÉSENTE UN ESSOUFFLEMENT , UNE DYSPNÉE FAIRTE UNE ORIENTATION VERS APA (FAIRE UNE REDIRECTION ADRESSAGE) :

4	AUTRES FACTEUR DE RISQUES REPERÉS ? *
<input type="checkbox"/>	EXPOSITION AU CANNABIS
<input type="checkbox"/>	EXPOSITION À DES TOXIQUES
<input type="checkbox"/>	IRRITANTS PROFESSIONNELS

5	ÊTES-VOUS SEVRÉ ? *
<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	Si OUI : Depuis quand ? :

6	EST-CE QUE VOUS FUMEZ ? *
<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON

Test de Fagerström

Mesure de la dépendance au tabac/ à la nicotine

7	Le matin, combien de temps après vous être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ? *
<input type="checkbox"/>	Dans les 5 premières minutes
<input type="checkbox"/>	6 à 30 minutes
<input type="checkbox"/>	31 à 60 minutes
<input type="checkbox"/>	Plus de 60 minutes

8	Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinémas, bibliothèques...) ? *
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	Non

9	A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ? *
<input type="checkbox"/>	La première de la journée
<input type="checkbox"/>	Une autre

10	Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? *
<input type="checkbox"/>	10 ou moins
<input type="checkbox"/>	11 ou 20
<input type="checkbox"/>	21 à 30
<input type="checkbox"/>	31 ou plus

11	Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée, que durant le reste de la journée ? *
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

12	Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque la journée ? *
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DES SIGNES DE BPCO

13	VOTRE PATIENT A T-IL RÉCEMMENT RÉALISÉ UNE E-F-R DE MOINS DE UN AN ? *
<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	SI NON: CONSEILLER À VOTRE DE CONTACTER LE PNEUMO RÉFÉRENTS OU SON MÉD TRAITANT POUR FAIRE LE POINT : (PRESCRIPTION EFR)

14	VEUILLEZ FOURNIR DES INFORMATIONS SUR LES STATUTS DES MALADIES LISTÉES CI-DESSOUS *		
	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ	INFORMÉ DE L'INTÉRÊT
GRIPPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PNEUMOCOQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	PRATIQUEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE (Marche, vélo, natation...) *
<input type="checkbox"/>	1 FOIS PAR SEMAINE
<input type="checkbox"/>	ENTRE 2 ET 3 FOIS / SEMAINE
<input type="checkbox"/>	PLUS DE 3 FOIS PAR SEMAINE
<input type="checkbox"/>	SI MOINS DE 1 FOIS / SEMAINE : MERCI DE PROPOSER MES SEANCE APA DE LA MSP :

- Terminez et validez le questionnaire.
- Réalisez l'adressage interprofessionnel du patient.
- Émergez l'ensemble via le lien suivant : <https://form.dragnsurveys.com/survey/r/e3f2860f>

16	AVEZ-VOUS CONSTATEZ UNE PERTE DE POIDS ? *
<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	SI OUI : ORIENTATION VERS LA DIÉTÉTICIENNE DE LA MSP :

17	VOTRE PATHOLOGIE OU SES CONSÉQUENCES ONT ELLE UN IMPAC SUR VOTRE MORAL OU VOTRE VIE QUOTIDIENNE ? *
<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	SI OUI: RÉORIENTEZ VERS LE MÉDECIN TRAITANT :