

## **RICHIESTA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Abitante a: \_\_\_\_\_ Prov: (\_\_\_) Via: \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_ Reparto di provenienza: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ Data visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esenzione: \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Malattie cardiache: \_\_\_\_\_

### VALUTAZIONE FUNZIONALE

DATA	
FEV <sub>1</sub>	
FVC	
FEV <sub>1</sub> /FVC	
TLC	
RV	
DLCO	Norm.    Ridotta
MIP	
MEP	

### EGA

DATA	
FiO <sub>2</sub>	
pH	
pO <sub>2</sub>	
pCO <sub>2</sub>	
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	
SaO <sub>2</sub>	
COHB	

 HBV 

 HCV 

 HIV 

 PERCORSO RIABILITATIVO (O<sub>2</sub> TERAPIA NO -- SI    \_\_\_ L/m o FiO<sub>2</sub> \_\_\_ % CON VENTIMASK)

Pre - post operatorio chirurgia toracica

Pre - post operatorio cardio-chirurgico

Pre - post operatorio addominale

Pre - post trapianto polmonare

Allenamento allo sforzo

Disostruzione

Allenamento muscoli respiratori (Threshold)

Ausilio a trattamento di pleurodesi chimica

Riespansione cavo pleurico

Allenamento gruppi muscolari

Riabilitazione emidiaframma

Ausilio a svezzamento da ventilazione meccanica

### RICHIESTA TEST DIAGNOSTICI SPECIFICI

Questionario St. George

Test del cammino 6 minuti

Shuttle walking test

MIP/MEP

Note: \_\_\_\_\_

 Il medico richiedente  
 \_\_\_\_\_

