

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 ₁	
FVC	
FEV ₁ /FVC	
TLC	
RV	
DLCO	Norm. Ridotta
MIP	
MEP	

EGA

DATA	
FiO ₂	
pH	
pO ₂	
pCO ₂	
HCO ₃ ⁻	
SaO ₂	
COHB	

HBV

HCV

HIV

PERCORSO RIABILITATIVO (O₂ TERAPIA NO -- SI ___ L/m o FiO₂ ___ % 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

