

1, Promenade Vanier, Welland, ON, L3B 3A1

Tél: (905) 714-9935 Téléc: (905) 714-1088

RENOI AU PROGRAMME		Date du renvoi: ____ _ jj mm aa
Nom:	Prénom:	Sexe:
Adresse:	Ville:	Code Postal:
Telephone #:	Date de naissance: jj mm aa	OHIP #:
SOURCE DU RENVOI MÉDECIN/IP	Nom:	Tél #:
		Téléc#:

Date du dernier spirométrie : ____ _
jj mm aa

FEV₁ _____ FVC: _____ FEV₁/FVC ratio: _____

NOTE: Le rapport FEV₁/FVC doit être <0.7

OXYGÈNE	L/min	FUMEUR	<input type="checkbox"/> OUI <u>OU</u> <input type="checkbox"/> NON
----------------	-------	---------------	---

Autorisation du médecin ou IP à participer au volet activité physique

Pour assurer que le client peut participer à un programme d'activité physique individualisé en toute sécurité, veuillez indiquer ci-dessous si le client est **stable sur le plan médical et a l'autorisation de participer à de l'activité physique d'intensité modérée** (fondée sur l'autoperception de l'effort)

Le client **est stable sur le plan médical** et peut participer au volet d'activité physique du programme

Le client **n'est pas stable sur le plan médical** et ne devrait participer qu'au volet d'éducation

Signature du médecin / IP : X _____

➤ SVP ENVOYER NOTES SOMMAIRES & SPIROMÉTRIE SI DISPONIBLES

➤ *Signer et renvoyer*

Téléc: 905-714-1088

Funding Support provided by



Ontario

HAMILTON NIAGARA HALDIMAND BRANT
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration
des services de santé de Hamilton
Niagara Haldimand Brant