



Demande de spirométrie avec appareil LPV

Patient	Médecin
Nom :	Médecin demandeur :
Prénom :	Date de la demande :
Date de naissance :	
Adresse :	
Téléphone :	
Assurance-maladie :	
N° AVS :	

Délai maximum auquel l'examen doit être effectué

Date :

Installation de l'appareil

- ☐ Le patient se rend dans le bureau externe le plus proche de son domicile
- ☐ La LPV réalise l'examen au domicile du patient

Traitement(s) impactant l'examen

Fiche remplie par (nom/prénom) :