



## 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

**Traitemen(t)s impactant l'examen**

Fiche remplie par (nom/prénom) :