

Programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC™

Formulaire de données démographiques

Nom du patient _____

N° INSP _____

Sexe _____

N° de téléphone _____

Adresse _____

Contact familial _____ N° de tél. _____

Soignant _____ N° de tél. _____

Parent proche _____ N° de tél. _____

Autres contacts _____ N° de tél. _____

Pharmacie _____ N° de tél. _____

Allergies _____

Médecin de famille _____ N° de tél. _____

Spécialistes _____ N° de tél. _____

_____ N° de tél. _____

_____ N° de tél. _____

Réadaptation pulmonaire _____

Planification préalable des soins _____

Agence de soins à domicile _____ N° de tél. _____

Financé par _____

Travailleur social _____

Financement et contacts _____

Oxygène à domicile _____ PPC/PPBi _____

Entreprise _____ N° de tél. _____

Financée par _____