



Inscription auprès de l'équipe de soutien et d'accompagnement pour l'essoufflement

Coordonnées du patient

Nom : _____ Date de naissance : _____
Prénom : _____ Téléphone : _____
Sexe : _____
Rue : _____
NPA et localité : _____

Motif de la demande

Cause diagnostiquée de la dyspnée :

Informations destinées aux personnes souhaitant rencontrer l'équipe de soutien et d'accompagnement pour l'essoufflement

Buts et prestations :

- Fournir des interventions et des prestations brèves (non-pharmacologiques et paramédicales) dans le but de réduire l'impact de l'essoufflement et d'aider le patient à gérer son symptôme. Le but est également de fournir au patient des stratégies permettant d'alléger l'impact de son symptôme au quotidien.
- Le programme de l'équipe de soutien et d'accompagnement pour l'essoufflement est individualisé et adapté en fonction des besoins de chaque patient.
- Nous rencontrons le patient sur notre site et/ou à domicile, en fonction de son état de santé.

Critères d'inclusion :

- Le patient présente un essoufflement avec une cause clairement identifiée.
- Le patient est gêné par son essoufflement malgré le traitement qui lui a été proposé.
- Le patient est apte à suivre un programme visant à améliorer la gestion de son symptôme d'essoufflement (à domicile ou sur nos sites).
- Le patient a des capacités cognitives suffisantes pour pouvoir bénéficier du programme.

Critères d'exclusion :

- Le patient est trop sévèrement atteint pour bénéficier de notre programme (alitement continu par exemple).
- Essoufflement d'étiologie indéterminée.
- Syndrome chronique d'hyperventilation.