



Paris, le 13 octobre 2003

Madame, Monsieur,

Nous avons demandé au médecin qui vient de vous prendre en charge de participer à l'étude Urgence BPCO 2003 : "Etude des exacerbations de BPCO aux urgences et de leur suivi hospitalier".

Elle a pour but de mieux comprendre votre maladie. Cette étude **n'est pas** un essai clinique et votre médecin conserve son entière liberté pour assurer le traitement et le suivi qu'il a spontanément choisis.

Votre anonymat est assuré par le médecin qui ne communique au Comité Scientifique, en charge de l'analyse des données, que des informations médicales spécifiques à la bronchite chronique obstructive. Votre nom, votre prénom et votre adresse ne sont pas dévoilés.

Les informations recueillies seront traitées confidentiellement par informatique. A tout moment, vous pourrez exercer votre droit d'accès aux informations, ainsi que votre droit de rectification, auprès du Président du Comité Scientifique de l'étude comme cela est prévu par la loi «Informatique et Libertés » (article 40\*).

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans des revues médicales ou scientifiques, mais votre identité ne sera pas révélée.

Pr Dominique PERROTIN  
Président du Comité Scientifique  
de l'étude URGENCE BPCO 2003  
CHR - Tours

\* Article 40 (loi Informatique et Libertés) : "Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des informations à caractère médical, celles-ci ne peuvent être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet ».



URGENCE  
BPCO 2003

## FAX - CARTE D'INCLUSION PATIENT

N° de Dossier .....

Inclusion du patient le :

<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>

Cachet ou signature  
du Médecin Référent-Coordonnateur

Nom du Médecin Référent-Coordonnateur : .....

Spécialité : .....

Dès l'inclusion du patient,  
merci de **faxer** cette fiche à LOb Conseil  
au numéro suivant :

**Fax LOb Conseil : 01 55 01 21 75**

Contact : Céline Fosse - Tel : 01 55 01 21 55  
e-mail : cfosse@lob.fr



## ETUDE URGENCE BPCO 2003

**INCLUSION REALISEE PAR :**

SAMU / SMUR le     
jour mois année

Urgences le     
jour mois année

Pneumologie le     
jour mois année

**QUI A ADRESSE LE PATIENT A L'HOPITAL ?**

Médecin / Etablissement de soins :  Patient / Tiers :

SAMU / SMUR :  Sapeurs-pompiers :

**MODALITES D'ARRIVEE (hors SAMU / SMUR) :**

Ambulance médicalisée :  Ambulance non médicalisée :

Autre moyen de transport :

**DATE DE DEBUT DE L'EXACERBATION DE BPCO :**     
jour mois année

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**

Sexe : M  F

Date de naissance :     
jour mois année

Code postal de résidence :

**PRINCIPALE CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE EXERCEE :**

Agriculteur :  Employé / Fonctionnaire :

Ouvrier :  Cadre / Profession libérale :

Artisan / Commerçant :

**STATUT ACTUEL :**

En activité :  Retraité :

Invalidité / Longue maladie :  Sans activité :

**MODE DE VIE :**

Domicile sans aide : oui  non  Vit seul : oui  non

Domicile avec aide : oui  non  Ascenseur : oui  non

Hospitalisation à domicile : oui  non  Etage :

Institution : oui  non

Cocher une seule case

Cocher une ou plusieurs cases





**ETUDE URGENCE BPCO 2003**

**PRISE EN CHARGE PRE-HOSPITALIERE  
PAR LE SAMU/SMUR :**

OUI  NON

**TRAITEMENT ADMINISTRE PAR LE SMUR POUR CETTE EXACERBATION DE BPCO :**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticholinergiques :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• inhalés non nébulisés de courte durée d'action <input type="checkbox"/></li> <li>• nébulisés <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>- Béta<sub>2</sub>-mimétiques :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• inhalés non nébulisés de courte durée d'action <input type="checkbox"/></li> <li>• nébulisés <input type="checkbox"/></li> <li>• injectables (IV ou SC) <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>- Corticostéroïdes :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• inhalés non nébulisés <input type="checkbox"/></li> <li>• inhalés nébulisés <input type="checkbox"/></li> <li>• injectables (IV ou IM) <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Almitrine IV <input type="checkbox"/></li> <li>- Diurétiques IV <input type="checkbox"/></li> <li>- Oxygénothérapie faible débit <input type="checkbox"/></li> <li>- Oxygénothérapie fort débit <input type="checkbox"/><br/>Débit d'O<sub>2</sub> : <input type="text"/> L/min</li> <li>- Ventilation assistée invasive <input type="checkbox"/></li> <li>- Ventilation assistée non invasive <input type="checkbox"/></li> </ul> |
|---|---|

**FIN DE MEDICALISATION PAR LE SMUR :**

Date :     
   jour    mois    année

**Destination du patient :**

- Urgences :
- Réanimation :
- Pneumologie / Médecine :
- Décès :
- Autre :  Préciser : .....

Cocher une seule case

Cocher une ou plusieurs cases

**ETUDE URGENCE BPCO 2003**

**SERVICE DES URGENCES**

**(inclus Unité d'Hospitalisation Temporaire) :  OUI  NON**

**HOPITAL :** .....

Date d'arrivée dans le service :  /  /   
jour mois année

**TRAITEMENT ADMINISTRE AUX URGENCES POUR CETTE EXACERBATION :**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| - Anticholinergiques :                           |                          | - Xanthines (théophylline) per os      | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de courte durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Xanthines (théophylline) injectables | <input type="checkbox"/> |
| • nébulisés                                      | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| - Béta <sub>2</sub> -mimétiques :                |                          | - Almitrine IV                         | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de courte durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Antibiotiques                        | <input type="checkbox"/> |
| • nébulisés                                      | <input type="checkbox"/> | - Diurétiques IV                       | <input type="checkbox"/> |
| • injectables (IV ou SC)                         | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| - Corticostéroïdes :                             |                          | - Oxygénothérapie                      | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés                          | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| • inhalés nébulisés                              | <input type="checkbox"/> | - Ventilation assistée invasive        | <input type="checkbox"/> |
| • injectables (IV ou IM)                         | <input type="checkbox"/> | - Ventilation assistée non invasive    | <input type="checkbox"/> |
| • per os   | <input type="checkbox"/> |  |                          |

**SORTIE DU SERVICE :**

Date de sortie :  /  /   
jour mois année

Durée de séjour aux urgences (heures) :  heures

**Mode de sortie :**

- Retour à domicile :
- Transfert en réanimation (même établissement) :
- Transfert en pneumologie (même établissement) :
- Transfert dans un autre service (même établissement) :
- Transfert en réanimation (autre établissement) :
- Transfert en pneumologie (autre établissement) :
- Transfert dans un autre service (autre établissement) :
- Décès :

Cocher une seule case

Cocher une ou plusieurs cases

**ETUDE URGENCE BPCO 2003**

**SERVICE DE : PNEUMOLOGIE  ou MEDECINE**

**HOPITAL :** .....

Date d'arrivée dans le service :     
jour mois année

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES AU COURS DE L'HOSPITALISATION :**

Radio pulmonaire :	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	EFR :	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Gaz du sang :	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Fibroscopie Bronchique :	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Scanner thoracique :	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	ECBC :	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>

**TRAITEMENT REÇU PAR LE PATIENT AU COURS DU SEJOUR :**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| - Anticholinergiques :                           |                          | - Xanthines (théophylline) per os  | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de courte durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Xanthines (théophylline) injectables                                       | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de longue durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Almitrine IV ou per os   | <input type="checkbox"/> |
| • nébulisés                                      | <input type="checkbox"/> | - Diurétiques  | <input type="checkbox"/> |
| - Béta <sub>2</sub> -mimétiques :                |                          | - Antibiotiques  | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de courte durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Mucorégulateurs  | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de longue durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Kinésithérapie respiratoire  | <input type="checkbox"/> |
| • nébulisés                                      | <input type="checkbox"/> | - Oxygénothérapie  | <input type="checkbox"/> |
| • injectables (IV ou SC)                         | <input type="checkbox"/> | - Ventilation sur trachéotomie   | <input type="checkbox"/> |
| - Corticostéroïdes :                             |                          | durée : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jours |                          |
| • inhalés non nébulisés                          | <input type="checkbox"/> | - Ventilation assistée non invasive  | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés nébulisés                              | <input type="checkbox"/> | durée : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jours |                          |
| • injectables (IV ou IM)                         | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| • per os   | <input type="checkbox"/> |  |                          |

**SORTIE DU SERVICE :**

Toujours hospitalisé à 90 jours : oui  non

Date de sortie :     
jour mois année

**Mode de sortie :**

- Retour à domicile :
- Réanimation :
- Soins de suite :
- Décès :
- Autre :  Préciser : .....

Cocher une seule case

Cocher une ou plusieurs cases



## ETUDE URGENGE BPCO 2003

**HISTOIRE DE LA MALADIE***(Questions à poser au patient avant la sortie)*

Un médecin vous a-t-il informé que vous aviez :

- une BPCO : oui  non
- un emphysème : oui  non
- une bronchite chronique : oui  non
- un asthme : oui  non
- une maladie respiratoire chronique liée au tabac, sans précision : oui  non

Les premiers symptômes de la dyspnée d'effort ont commencé à l'âge de   ansSelon vous : des EFR<sup>(1)</sup> ont-elles déjà été réalisées ? oui  non 

- si oui, préciser l'année de la dernière :

Stade de la dyspnée au repos (échelle de Sadoul) : 0  1  2  3  4  5 Avez-vous eu une bronchite chronique au repos ? oui  non 

Tabagisme :

- si oui, année de début :
- nombre moyen de cigarettes/jour :
- si arrêt du tabac, année de fin :

Avez-vous eu une exposition professionnelle répétée ou prolongée à des fumées/gaz/poussières/vapeurs/autres ? oui  non <sup>(1)</sup> EFR = Mesure du souffle ou de la capacité respiratoire par un appareil relié à un ordinateur.**AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS :**

Combien de fois avez-vous eu :

- une consultation pour aggravation de votre maladie respiratoire : 0  1  2  > 3
- une hospitalisation pour aggravation de votre maladie respiratoire : 0  1  2  > 3

Pour votre BPCO, êtes-vous suivi(e) par :

- un pneumologue :
- un médecin généraliste :
- aucun suivi médical :

 Cocher une seule case Cocher une ou plusieurs cases

**TRAITEMENT DE FOND REÇU AVANT L'EXACERBATION :**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| - Anticholinergiques :                           |                          | - Xanthines (théophylline) per os        | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de courte durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Almitrine per os                       | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de longue durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Diurétiques                            | <input type="checkbox"/> |
| • nébulisés                                      | <input type="checkbox"/> | - Aucun traitement de fond               | <input type="checkbox"/> |
| - Béta <sub>2</sub> -mimétiques :                |                          | - Vaccin contre la grippe                | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés de courte durée d'action | <input type="checkbox"/> | (automne dernier)                        |                          |
| • inhalés non nébulisés de longue durée d'action | <input type="checkbox"/> | - Vaccin anti-pneumococcique             | <input type="checkbox"/> |
| • nébulisés                                      | <input type="checkbox"/> | (depuis 5 ans)                           |                          |
| • injectables (SC)                               | <input type="checkbox"/> | - Kinésithérapie respiratoire            | <input type="checkbox"/> |
| - Corticostéroïdes :                             |                          | - Oxygénothérapie                        | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés non nébulisés                          | <input type="checkbox"/> | - Trachéotomie sans ventilation assistée | <input type="checkbox"/> |
| • inhalés nébulisés                              | <input type="checkbox"/> | - Ventilation assistée sur trachéotomie  | <input type="checkbox"/> |
| • per os   | <input type="checkbox"/> | - Ventilation assistée non invasive      | <input type="checkbox"/> |

Cocher une seule case

Cocher une ou plusieurs cases

