

RECENSEMENT : RÉADAPTATION- RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE

Nom de l'établissement :

Département (ou service) s'il y a lieu :

Établissement :

Public

Privé

Réadaptation ou rééducation (plusieurs réponses possibles)

Respiratoire

Cardiaque

Autre (précisez) :

Clientèle (plusieurs réponses possibles)

Pédiatrique

Adulte

Gériatrique

MPOC

Asthme

Autre (précisez) :

Nombre d'inhalothérapeutes exerçant en réadaptation/ rééducation respiratoire : _____

Coordonnées de la personne responsable :

Nom : _____

 : _____

 : _____

Description de la pratique :

Discutez-vous de saines habitudes de vie avec vos patients ?

Oui

Non

Si oui, pour quel (s) sujet (s) ?

Abandon du tabagisme

Hygiène du sommeil

Exercice physique

Saine alimentation

Autre (précisez) :

Commentaire :

Votre nom : _____

Numéro de permis : _____

IMPORTANT : Avant d'envoyer votre formulaire par courriel, vous devez l'enregistrer et le renommer.

Veillez retourner le présent formulaire à l'adresse courriel suivante : siap@opiq.qc.ca