**FICHE DE SUIVI (à remplir 1 an après l’inclusion)**

**Date …………………..**

**Décès :  OUI  NON**

**si oui date**

**cause du décès**

**-si non, le patient est-il toujours suivi  OUI  NON**

**Mise en évidence d’une nouvelle co-morbidité  OUI  NON**

 **Si oui, laquelle :**

**Changement dans les traitements non-respiratoires depuis 12 mois**

** OUI  NON**

**Si oui, quel traitement ?**

**DONNEES GENERALES**

**Poids Taille**

**VEMS en valeur absolue**

**CVF en valeur absolue**

**Autres paramètres (CPT, VR, DLCO, CI)**

**Avant ou après BD**

**Dyspnée mMRC**

**Score de dyspnée modifié mMRC :**

 □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ NA



**nb exacerbations sans recours à des soins ………………**

**nb exacerbations avec admission hospitalière………………**

**nb cs en urgence pour exacerbation sans hospitalisation…………….**

**le patient a-t-il bénéficié de nouvelles investigations étiologiques cette année ?  OUI  NON**

**si oui lesquels ? quels résultats (cf fiche initiale)**

**un nouveau diagnostic a-t-il été posé ?  OUI  NON**

**si oui lequel ? (cf fiche initiale)**

**MICROBIOLOGIE**

**De nouveaux prélèvements microbiologiques ont-ils été faits ?  OUI  NON**

**Si oui quels résultats ?**

**Une fiche (type fiche initiale) par prélèvement, état stable ou exacerbation**

**Une fiche si recherche mycobactérie non tuberculeuse**

**RADIOLOGIE**

**Un scanner récent est-il disponible ?  OUI  NON**

**Si oui, quelle date ?**

**Typologie des DDB (cf fiche initiale)**

**TRAITEMENTS A VISEE RESPIRATOIRE**

**Les traitements respiratoires ont-ils été modifiés ?  OUI  NON**

**Si oui détail des nouveaux traitements (cf fiche initiale)**

**Vaccination ? si oui cf fiche initiale**

**Kinésithérapie et activité physique, réhabilitation : cf fiche initiale**

**LES RESULTATS BRUTS DES EFR ET DES PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES PEUVENT ETRE TRANSMIS A L’ARC ANONYMISES**